Б.В.Зейгарник

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

М.: Издательство Московского университета, 1986

Блюма Вульфовна Зейгарник

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Издание 2-е, переработанное и дополненное

М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.

Аннотация

2-е издание книги представляет собой изложение основных разделов курса "Патопсихология", читаемого автором на факультете психологии Московского государственного университета. В нее вошли некоторые новые и заново переработанные разделы курса.

В учебнике на основе большого фактического материала, полученного автором, сотрудниками психологического факультета МГУ и другими отечественными патопсихологами, излагаются важнейшие теоретические и прикладные проблемы патопсихологии, проведен критический анализ положений зарубежной психологии. Дается исторический обзор развития патопсихологии, большое внимание уделяется принципу построения патопсихологического исследования психически больных, роли психолога в решении диагностических, экспертных и психокоррекционных вопросов, представлена систематизация нарушений личности и познавательной деятельности.

Допущено Министерством высшего и среднего специального образования СССР в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности "Психология".

4101800000-045
З ––––––––––––––––––– 160-86
077 (02)-86

Глава I

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

(Глава написана совместно с В. И. Белозерцевой)

Отечественная патопсихология имеет иную историю развития, чем современная клиническая психология на Западе. Однако родились они одновременно, в начале XX в., и были вызваны к жизни запросами психиатрической практики и достижениями психологической науки.

До конца XIX в. большинство психиатров мира не использовали данных психологии: бесплодность ее умозрительных интроспективных положений для нужд клиники была очевидна. В психиатрических журналах 60- 80-х гг. прошлого века публиковалось немало работ по анатомии и физиологии нервной системы и фактически отсутствовали психологические статьи.

Интерес к психологии со стороны передовых психоневрологов, возник в связи с коренным поворотом в ее развитии — организацией в 1879 г. В. Вундтом в Лейпциге первой в мире экспериментально-психологической лаборатории. Внесение в психологию методов естествознания вырывало ее из лона идеалистической философии. Психология становилась самостоятельной наукой. И дальнейшее развитие психиатрии было немыслимо вне союза с экспериментальной психологией. "Пренебрегать положениями современной психологии, опирающейся на эксперимент, а не на умозрение, для психиатра уже не представляется возможным", — писал В. М. Бехтерев [27, 595]. "Предоставим творчеству художников воспроизводить внутренний мир душевнобольных, воссоздавать их душевные переживания, что некоторыми из них (Достоевский, Гаршин и др.) достигается много лучше врачей..." [31,11].

При крупных психиатрических клиниках в конце XIX в. начали организовываться психологические лаборатории — Э. Крепелина в Германии (1879), П. Жане во Франции (1890). Экспериментально-психологические лаборатории были открыты и при психиатрических клиниках России — вторая в Европе лаборатория В. М. Бехтерева в Казани (1885), затем в Петербурге, лаборатории С. С. Корсакова в Москве (1886), В. Ф. Чижа в Юрьеве, И. А. Сикорского в Киеве, П. И. Ковалевского в Харькове. Ряд лабораторий был организован в США и Англии.

В лабораториях разрабатывались экспериментально- психологические методы исследования нарушенной психики. Одновременно для сопоставления результатов изучались особенности психики здоровых людей. Поскольку в России официальная психологическая наука упорно держалась за интроспективный метод, оставаясь в русле философского знания, психиатры оказались первыми психологами- экспериментаторами. В устных выступлениях и на страницах печати они обосновывали необходимость превращения психологии в опытную науку, доказывали несостоятельность спекулятивных умозрительных конструкций: "Наука должна быть точною и не может довольствоваться аналогией, предположениями... а тем более не может мириться с продуктами фантазии и творчества на месте действительности" [26,398].

В начале XX в. исследователи нарушений психической деятельности возвещают о вычленении особой отрасли знаний — *патологической психологии*. В литературе тех лет еще встречается недифференцированное употребление терминов "патопсихология" и "психопатология". Так, А. Грегор (1910) пишет: "Экспериментальная психопатология изучает совершение психических функций при ненормальных условиях, созданных болезненным процессом, лежащим в основе душевной болезни" [211, 3]. "Особые условия исследования, а еще более особая постановка вопросов, даваемая потребностями психиатрической клиники, привели к образованию самостоятельной дисциплины — *экспериментальной психопатологии*, соприкасающейся, но не сливающейся с... клинической психиатрией, общей и индивидуальной психологией", —

писал П. М. Зиновьев [70, 6], "научная дисциплина, изучающая психическую жизнь душевнобольных, носит название психопатологии или патологической психологии..." [140, 75].

Смешение понятий "патопсихология" и "психопатология" происходило из-за отсутствия четкой дифференциации задач психологии и психиатрии в период первоначального накопления фактического материала в конкретных исследованиях аномалий психики, тем более, что исследователи, как правило, в одном лице совмещали и психиатра и психолога.

Наиболее четкое представление о предмете и задачах патопсихологии на заре ее становления содержалось в работах В. М. Бехтерева: "Новейшие успехи психиатрии, обязанные в значительной степени клиническому изучению психических расстройств у постели больного, послужили основой особого отдела знаний, известного под названием *патологической психологии* (курсив мой. — Б. 3.), которая уже привела к разрешению весьма многих психологических проблем и от которой, без сомнения, еще большего в этом отношении можно ожидать в будущем" [23, 12-13]. Называя патологическую психологию среди отраслей "объективной психологии", ученый определял ее предмет: "...изучение ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц" [26, 8] — Отклонения и видоизменения нормальных проявлений душевной деятельности, по мнению В. М. Бехтерева, подчинены тем же основным законам, что и здоровая психика. Таким образом, В. М. Бехтерев уже не отождествлял понятия "патопсихология" и "психопатология". В организованном им Психоневрологическом институте одновременно читались курсы общей психопатологии и патологической психологии, т.е. за ними стояли разные дисциплины.

У самых истоков формирующейся отрасли психологии многие отечественные и зарубежные ученые отмечали, что ее значение выходит за пределы прикладной к психиатрии науки.

Расстройства психики рассматривались как эксперимент природы, затрагивающий большей частью сложные психические явления, к которым экспериментальная психология еще не имела подхода. Психология, таким образом, получала новый инструмент познания. "Болезнь превращаются в тонкое орудие анализа, — писал Т. Рибо. — Она производит для нас опыты, никаким другим путем неосуществимые" [156, 61].

В одной из первых обобщающих работ по патопсихологии "Психопатология в применении к психологии" швейцарский психиатр Г. Штёрринг проводил мысль, что изменение в результате болезни того или иного элемента душевной жизни позволяет судить о его значении и месте в составе сложных психических явлений. Патологический материал способствует постановке новых проблем в психологии, кроме того, патопсихологические явления могут служить, критерием при оценки психологических теорий [195].

В предисловии к русскому переводу работы Г. Штёрринга В. М. Бехтерев отмечал: "Благодаря более выпуклой картине патологических проявлений душевной деятельности нередко соотношения между отдельными элементами сложных психических процессов выступают много ярче и рельефнее, нежели в нормальном состоянии. Например, на патологических случаях лучше выясняются составные элементы сознания личности, ярче выступает значение в душевной жизни настроения и чувствительной сферы вообще, полнее выясняются факторы, определяющие процессы памяти, ассоциаций и суждения и т.п. В виду этого естественно, что современные психологи все чаще и чаще обращаются к психопатологии за разъяснением многих спорных вопросов" [195, 1].

Подобные мысли высказывал и А. Ф. Лазурский: "Данные, добытые патологией души, заставили пересмотреть, а во многих случаях и подвергнуть основательной переработке многие важные отделы нормальной психологии". Появилась "возможность рассматривать душевные свойства человека как бы сквозь увеличительное стекло, делающее для нас ясными такие подробности, о существовании которых у нормальных субъектов можно только догадываться" [108, 664, 665].

Таким образом, исследования нарушений психической деятельности в самых своих истоках рассматривались отечественными и зарубежными учеными в русле психологических знаний. Одновременно признавалось большое значение экспериментально-психологических исследований для решения задач психиатрии. Так, в связи с исследованиями нарушений умственной работоспособности Э. Крепелиным и его сотрудниками В. Анри указывал, что экспериментальная психология дает методы, позволяющие замечать незначительные изменения в состоянии психических функций больного, "шаг за шагом следить за ходом болезни", наблюдая положительное или отрицательное влияние способов лечения. Медики обычно видят лишь крупные изменения, не дающие возможности тонко регулировать лечебный процесс [216,41].

Мы не будем обсуждать пути развития патопсихологии за рубежом. Отметим лишь значительный вклад в ее становление исследований школы Э. Крепелина и появление в 20-х гг. нашего столетия работ по медицинской психологии известных, зарубежных психиатров: "Медицинская психология" Э. Кречмера [98], трактующая с неприемлемых для нас позиций конституционализма проблемы развития и нарушений психики, и "Медицинская психология" П. Жане [216], посвященная главным образом вопросам психотерапии.*

---

* История становления и развития зарубежной и отечественной патопсихологии недостаточно изучена и представлена в нашей литературе.

Если у истоков зарубежной патопсихологии стояли прогрессивные психиатры, то в дальнейшем эта отрасль развивалась и развивается под влиянием идей различных направлений буржуазной психологии — бихевиоризма, психоанализа, гуманистической и экзистенциальной психологии. Конечно, нельзя отрицать положительного значения, например для практики психотерапии, идей К. Роджерса, Г. Олпорта, А. Маслоу. Однако теоретические положения этих направлений методологически несостоятельны; в практике зарубежной патопсихологии основной акцент ставится не на эксперимент, а на измерение и корреляцию отдельных особенностей, черт личности; практическая психологическая служба находится под влиянием идей так называемой "антипсихиатрии" и "психологии сообществ".

Развитые отечественной патопсихологии с самых истоков отличалось прочными естественнонаучными традициями. На формирование ее принципов и методов исследования оказала влияние работа И. М. Сеченова "Рефлексы головного мозга" (1863), которая пробила "брешь в стене", разделявшей физиологию и психологию. Сам И. М. Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В письме М. А. Боковой отец русской физиологии сообщал о намерении заняться психологическими опытами и разработать медицинскую психологию, которую любовно называл своей "лебединой песней" [171, 239]. Но обстоятельства не позволили ему осуществить свои намерения.

Преемником И. М. Сеченова на этом пути стал В. М. Бехтерев, психиатр по образованию, родоначальник материалистически ориентированной экспериментальной психологии и основоположник патопсихологического направления в России. Как представитель рефлекторной концепции он считал единственно научным объективный метод исследования психической деятельности, требующий по возможности охватывать всю совокупность фактов внешнего проявления невропсихики и сопутствующих условий..." [28, 592].

Чтобы размежеваться с интроспекционизмом, В. М. Бехтерев отказался от употребления психологической терминологии. Понятийный аппарат развиваемой им теории создает впечатление, будто школа В. М. Бехтерева занималась исключительно физиологией.* Однако постановка исследований была направлена главным образом на анализ выполнения экспериментальных задач, а не на особенности нейродинамики. "Объективная психология" В. М. Бехтерева порывала с традиционным функционализмом и предлагала экспериментально исследовать различные виды деятельности: как больным производится отождествление впечатлений, определение несообразностей в рисунках и рассказах, сочетание словесных

символов и внешних впечатлений, восполнение слогов и слов при пропуске их в тексте, определение сходства и различия между объектами, образование вывода из двух посылок и др.

---

* "Впечатление" (восприятие), "закрепление", или "фиксирование следов" (запоминание), "оживление следов" (воспоминание), "отождествление следов" (узнавание), "сосредоточение" (внимание), "сочетание следов" (ассоциации), "общий тон", или "настроение" (чувства) и т.п. [26, 589].

Но в ходе борьбы с субъективно-идеалистической психологией В. М. Бехтерев, не овладевший диалектическим материализмом, пришел к созданию "рефлексологии", в которой механически расщепил реальную деятельность: абсолютизировал ее внешние проявления и игнорировал психический образ. Из деятельности выхолащивался ее мотивационный компонент, позволяющий видеть в человеке субъекта деятельности.

Нужно отметить, что несмотря на это, в конкретных работах бехтеревской школы декларируемый в теории уход от психологической терминологии и соответствующего анализа не всегда проводился. Что касается патопсихологических исследований, то большинство из них было осуществлено в дорефлексологический период творчества В. М. Бехтерева, когда такая задача вовсе не ставилась.

О диапазоне патопсихологических исследований можно судить по докторским диссертациям, выполненным под руководством В. М. Бехтерева: Л. С. Павловская. Экспериментально-психологические исследования над больными "с нарастающим паралитическим слабоумием (1907); М. И. Аствацатуров. Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции (1908); К. Н. Завадовский. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством (1909); А. В. Ильин. О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных (1909); Л. Г. Гутман. Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе (1909); В. В. Абрамов. Объективно-психологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных (1911) и др.

Представителями школы В. М. Бехтерева было разработано много методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных. Некоторые из них (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской психологии.

Сохранили значение для современной науки и сформулированные В. М. Бехтеревым и С. Д. Владычко требования к методикам: простота (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками) и портативность (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки).

В работах бехтеревской школы отражен богатый конкретный материал о расстройствах восприятия и памяти, мыслительной деятельности, воображения, внимания и умственной работоспособности. Результаты экспериментов сопоставлялись с особенностями поведения больного вне экспериментальной ситуации. В историях болезни, написанных с позиций объективной психологии, содержатся ценные для психологического анализа сведения о нарушениях личности, сознания и самосознания, эмоционально-волевой сферы. Излагаются они в динамике, которая позволяет видеть условия и стадии развития психического дефекта, проявляющиеся в реальной жизнедеятельности человека.

Некоторые патопсихологические исследования школы представляют интерес как исторический факт "деятельностного" подхода к психическим явлениям. Так, в многосторонних исследованиях сотрудников В. М. Бехтерева ассоциации выступают не механическим сцеплением представлений, а результатом деятельности, зависимым от ее строения и

динамики. Или, например, речь анализируется в системе целостного поведения; ее особенности в экспериментальной беседе сопоставляются с речью больного в иных обстоятельствах; показывается, что сходные речевые реакции могут иметь разную природу, отсутствие или извращение речевой реакции возможно не только из-за умственной недостаточности, но и как выражение негативизма, "непроизвольного, но сознательного стремления больных уклониться от внешнего влияния на их волю" [16, 290]. Весь этот объективный материал вполне может быть проанализирован в русле современной теории деятельности.

Основными принципами патопсихологического исследования в школе В. М. Бехтерева были: использование комплекса методик, качественный анализ расстройства психики, личностный подход, соотнесение результатов исследования с данными здоровых лиц соответствующего возраста, пола, образования.

Использование комплекса методик — наблюдение за испытуемым по ходу эксперимента, учет особенностей его поведения вне экспериментальной ситуации, сочетание различных экспериментальных методик для исследования одних и тех же патологических явлений — способствовало получению богатого объективного материала.

Принцип качественного анализа, выдвинутый в период увлечения многих исследователей измерительными методами (подход к нарушениям психики как к количественному уменьшению тех или иных способностей), стал традиционным в отечественной патопсихологии. Но теоретическая платформа ученого, особенно в период разработки рефлексологии, ограничивала анализ протеканием внешних особенностей деятельности. И зафиксированный объективный материал не доводился до подлинно психологического анализа.

Ценный и плодотворный принцип личностного подхода был тоже выдвинут В. М. Бехтеревым в период господства функционализма в мировой экспериментальной психологии: "Личность больного и ее отношение к эксперименту ничуть не оставляется экспериментатором без внимания. ...Все, что может дать объективное наблюдение над больным, начиная с мимики и кончат заявлениями и поведением больного, должно быть принято во внимание... оцениваемо в связи со всеми условиями эксперимента, не исключая и непосредственно предшествующих опыту" [28, 593]. Но "объективный метод" В. М. Бехтерева противоречил возможностям этого принципа, и анализ оставался незавершенным.

Представитель школы В. М. Бехтерева К. И. Поварнин писал, что на результатах объективных исследований отражается отношение больного к экспериментальной задаче: "Если нормальный испытуемый идет навстречу экспериментатору в его стремлениях, то душевнобольной может относиться к опыту совершенно иначе: он может быть небрежным к предлагаемой ему работе, исполняет ее кое-как вследствие полного безразличия к интересам опыта или скрытого нежелания, или отвлекающего внимание бреда и галлюцинаций; он, наконец, может отказаться совсем от опыта вследствие подозрительности и т.д." [148, 33]. В связи с этим ставился вопрос об умелом индивидуальном подходе экспериментатора к больному, таком, который бы побуждал к участию в опыте.

На взгляды К. И. Поварнина и других представителей школы В. М. Бехтерева оказывал большое влияние заведующий психологической лабораторией Психоневрологического института А. Ф. Лазурский. Будучи учеником и сотрудником В. М. Бехтерева, он стал организатором собственной психологической школы. В предисловии к книге А. Ф. Лазурского "Психология общая и экспериментальная" Л. С. Выготский писал, что ее автор относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную. Сам А. Ф. Лазурский разрабатывал главным образом вопросы индивидуальной и педагогической психологии, но идеи из этих отраслей переносились и в патопсихологию. Так, К. И. Поварнин указывал на необходимость учета индивидуальных особенностей больных, поскольку иногда находят дефекты там, где на самом деле резко выражены индивидуальные

особенности. Например, слабое запоминание возможно не из-за болезни, а как результат плохой слуховой памяти, в чем можно убедиться по запоминанию зрительно воспринятого. Эта идея обогащала принцип соотнесения результатов исследования больных и здоровых.

В клинику был внедрен разработанный А. Ф. Лазурским для нужд педагогической психологии естественный эксперимент. Он применялся в ходе организации досуга больных, их занятий и развлечений — со специальной целью предлагались счетные задачки, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных в тексте букв, слогов и др.

Таким образом, патопсихология уже в истоках имела все признаки, необходимые для утверждения ее научной самостоятельности в качестве отрасли психологической науки: предмет исследования — нарушения психики; методы — весь арсенал психологических методов; концептуальный аппарат — аппарат психологической науки. Другое дело, какое содержание вкладывалось в понятие психики представителями различных психологических течений. В школе В. М. Бехтерева наметились широкие перспективы развития, обозначились теоретические и прикладные аспекты становящейся отрасли.

Связь с психиатрией осуществлялась через участие в воссоздании психопатологического синдрома, характерного для разных психических заболеваний. Экспериментальные исследования использовались в решении задач дифференциального диагноза и в осуществлении контроля за динамикой психического расстройства в ходе лечения. Они помогали проникать в механизмы психического расстройства. Так, В. М. Бехтерев экспериментально доказал, что в появлении и локализации галлюцинаций у больных играет роль их ориентировочная деятельность — тревожное прислушивание, всматривание; продемонстрировал родство галлюцинаций с иллюзиями.

В школе В. М. Бехтерева была начата разработка основ психорефлекторной терапии. "По аналогии с физическим методом укрепления больного организма, — писал А. В. Ильин, — психологический опыт даст возможность найти способ, если даже не для относительного восстановления, то, по крайней мере, для поддержания угасающей психики больного" [76, 480]. В качестве метода лечения истерических анестезий и параличей, навязчивых состояний и патологических влечений применялось "воспитание" сочетательно-двигательных рефлексов, вытеснявших патологические рефлексы; проводилась работа над поднятием умственной активности путем определенной дозировки умственного труда в форме чтения и конспектирования и других форм умственных занятий взрослых людей. Терапия такого рода смыкалась с лечебной педагогикой, однако собственно психологические методы играли в ней весьма скромную роль. Специфическое участие психологов в построении общих принципов и создании конкретных методических приемов психотерапевтического воздействия начинает вырисовываться в советской патопсихологии лишь в наше время.

Патопсихологические методы использовались в детской и судебной экспертизах. В. М. Бехтерев и Н. М. Щелованов писали, что данные патологической психологии позволяют почти безошибочно распознавать психически несостоятельных школьников, дабы выделить их в специальные учреждения для отсталых.

Практика судебно-медицинской экспертизы порождала потребность в исследованиях, на стыке патологической и индивидуальной психологии, которые имели не только практическую, но и теоретическую ценность. Намечались и исследования на стыке патопсихологии с социальной психологией. "Влияние больных друг на друга и широкая область нормальной внушаемости и подражательности среди здоровых суть крайне интересные вопросы как для психиатра, так и для психолога; этот вопрос заслуживает полного внимания экспериментальной психологии, коллективной психологии, социологии, педагогики и криминальной антропологии" [7, 758]. Он имеет практический интерес для постановки дела в школах, больницах, в борьбе с неврозами и психозами.

Интересно, что в школе В. М. Бехтерева наметилась проблема соотношения развития и распада психики, которая нашла разрешение значительно позднее, на теоретическом фундаменте работ Л. С. Выготского (Б. В. Зейгарник. Б. С. Братусь, М. А. Карева, С. Я. Рубинштейн, В. В. Лебединский). Так, М. Маржецкий писал о заманчивости сопоставления данных, добытых "наблюдением и экспериментами над детьми, с данными, полученными в работе над душевнобольными" [129, 733]. Такую работу осуществила Л. С. Павловская, показав неоднородность "распада" у двух групп больных — идиотов и с юношеским слабоумием — и качественное отличие решений ими экспериментальных задач по сравнению с решением непосильных из-за недостатка знаний задач детьми четвертого года жизни" [142].

В. М. Бехтерев не считал изучение психики душевнобольных ключом к познанию внутреннего мира здоровых. От нормы — к патологии, чтобы возвратить больному нервно-психическое здоровье, — таким должен быть путь мыслей психиатра. Поэтому и в практике подготовки невропатолога и психиатра, и в научных психиатрических поисках школы В. М. Бехтерева психология нормального человека занимала почетное место.

Ценные мысли о важности общепсихологической подготовки высказывал К. И. Поварнин: "Исследователи-врачи часто считают возможным приступить к экспериментально-психологическому исследованию душевнобольных, не потрудившись хорошо ознакомиться даже с основами нормальной психологии. ...При таком отношении к психологическим исследованиям трудно ждать от них удовлетворительных результатов. ...Ведь душевная жизнь человека самый сложный во всей природе объект изучения и требует умелого и осторожного подхода во всеоружии психологических знаний" [148, 38-39].

Недостаточная психологическая подготовка может вести к грубым ошибкам — упрощенному представлению о психических явлениях, неправильным выводам. Сложную психологическую действительность, в которой все составляющие слиты воедино, экспериментатор должен умело реорганизовать, выдвигая на передний план изучаемое явление. Знание психологии необходимо и при выборе способа исследования, и при анализе результатов.

Помимо теоретических знаний исследователям необходима практическая подготовка: "Навык в работе, умение подойти к испытуемому, планомерное ведение опыта, бесконечное число мелочей, упускаемых в теоретическом изложении, но крайне важных для дела, могут быть усвоены только на практике" [148, 42]. Необходимо умение вести протокол, регистрировать результаты, распределять последовательность во времени и продолжительность опытов и др. К. И. Поварнин отмечал, что "науке не избавиться от работ, дискредитирующих экспериментально-психологический метод", пока исследованиями будут заниматься недостаточно подготовленные экспериментаторы.

Разносторонние конкретные исследования и разработка элементарных теоретических основ позволяют считать вклад школы В. М. Бехтерева в патопсихологию отправным пунктом формирования данной отрасли в России. Именно поэтому В. М. Бехтереву и его сотрудникам уделяется столь много внимания в данной книге.

Вторым крупным центром отечественной психиатрии, в котором развивалась экспериментальная психология, была психиатрическая клиника С. С. Корсакова, организованная в 1887 г. при медицинском факультете Московского университета. Психологической лабораторией клиники заведовал А. А. Токарский. Под его редакцией выходили "Записки психологической лаборатории", значительное содержание которых составляли исследования студентов.

Как все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С. С. Корсаков придерживался мнения, что только знание основ психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека. Не случайно он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии. Подобных

традиций придерживались и последователи С. С. Корсакова: В. П. Сербский, В. А. Гиляровский и др. Они считали, что психологическая подготовка необходима врачу любой специальности. С. С. Корсаков даже обращался в 1889 г. с ходатайством об учреждении на медицинском факультете особой кафедры психологии. Однако оно не получило поддержки администрации университета.

С. С. Корсаков и его сотрудники явились организаторами и участниками Московского психологического общества. Сам С. С. Корсаков был председателем этого общества. Работы, вышедшие из его клиники, внесли ценный вклад в психологическую науку — в понимание механизмов памяти и ее расстройств, механизмов и расстройств мышления. Так, всемирно известный "корсаковский синдром" дал новые представления о временной структуре человеческой памяти, заложил основы для деления видов памяти на долговременную и кратковременную. В работе "К психологии микроцефалии" С. С. Корсаков писал об отсутствии у идиотов "направляющей функции ума", которая делает человеческие действия осмысленными и целесообразными [95]. Анализ структуры слабоумия в работе А. А. Токарского "О глупости" подводил к мысли о том, что расстройства интеллектуальной деятельности больных не сводятся к распаду отдельных способностей, а представляют сложные формы нарушений всей целенаправленной мыслительной деятельности [187].

Ряд заседаний Московского общества психологов был посвящен ознакомлению с методами психологического исследования, с работами по экспериментально- психологической диагностике психических заболеваний. Большой интерес вызвала книга А. Н. Бернштейна "Клинические приемы психологического исследования душевнобольных" [24] и "Атлас для экспериментально- психологического исследования личности" Ф. Г. Рыбакова [157].

Широкую известность в России и за рубежом получила работа Г. И. Россолимо "Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях" [157]. В ней предпринималась попытка превращения психологии в точную науку — предлагалась некоторая система обследования и оценка по 10-балльной шкале психических процессов. В результате получалась индивидуальная кривая (профиль), характеризующая уровень "первичного", врожденного, и "вторичного", приобретенного, ума. Это были первые попытки тестовых испытаний, и Г. И. Россолимо с его положительными устремлениями явился одним из основоположников педологии в России, методологическая и практическая несостоятельность которой обнажилась в 30-е гг. и получила критическое завершение в постановлении ЦК ВКП(б) от 4.VII.1936 г.

Как правило, ведущие психоневрологи предреволюционной России были проводниками передовых идей психологии и содействовали ее развитию в научно-организационном направлении. Они являлись членами научных психологических обществ, редакторами и авторами психологических журналов.

После Великой Октябрьской социалистической революции именно на психоневрологических съездах прозвучали первые доклады советских психологов, выступивших за построение марксистской психологии, К. Н. Корнилова и В. М. Бехтерева (на I и II Всероссийских съездах по психоневрологии в 1923 и 1924 гг.); на II съезде впервые выступил Л. С. Выготский, поднявший голос против механистического выхолащивания из психологии психического образа.

Эта ситуация во многом определила характер патопсихологических исследований и пути их дальнейшего развития. Тесная связь с клинической практикой и тенденция теоретически осмысливать добываемые факты избавляли патопсихологов уже в то время от голого эмпиризма и спекулятивных построений, которые характерны и сейчас для патопсихологии многих зарубежных стран. Развитие патопсихологии шло в русле общего развития психологии как науки, строящейся на фундаменте марксистско-ленинской философии.

На становление патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали идеи выдающегося советского психолога Л. С. Выготского: 1) мозг человека имеет иные принципы организации, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено морфологической структурой мозга, они возникают не в результате одного лишь созревания мозговых структур, а формируются прижизненно путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения, воспитания; 3) поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического развития.

Теоретические идеи Л. С. Выготского, получившие дальнейшее развитие в работах его учеников и сотрудников А. Р. Лурии, А. Н. Леонтьева, П. Я. Гальперина, Л. И. Божович, А. В. Запорожца, во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране.

Сам Л. С. Выготский руководил патопсихологической лабораторией при Московском отделении ВИЭМ на базе клиники им. С. С. Корсакова, в которой работали психологи Г. В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник и др. Экспериментальные исследования психологии умственной отсталости послужили Л. С. Выготскому материалом для построения теории о связи познавательной и мотивационной сфер в принципиальной дискуссии с К. Левином (о связи интеллекта и аффекта).

Экспериментальные исследования под руководством Л. С. Выготского положили начало многостороннему изучению распада мышления Б. В. Зейгарник и ее сотрудниками в патопсихологической лаборатории Института психиатрии МЗ РСФСР и МГУ. Нет необходимости далее излагать в историческом плане развитие советской психологии, поскольку содержательная характеристика ее достижений представлена в соответствующих главах книги. Назовем лишь основные центры, в которых осуществлялись патопсихологические исследования.

Это психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева и ЛГУ, где на протяжении нескольких десятилетий исследованиями по патопсихологии руководил В. Н. Мясищев. В соответствии с традициями школы В. М. Бехтерева на новой методологической основе, в русле теории отношений В. Н. Мясищева осуществлялись исследования по разным направлениям медицинской психологии. В этих исследованиях были продолжены лучшие традиции школы В. М. Бехтерева — целостный подход к личности и непримиримость к функционализму: "Психология безличных процессов должна быть заменена психологией деятельной личности, или личности в деятельности" [135, 11].

Ряд работ был посвящен нарушению строения трудовой деятельности больных, изучению влияния отношения больных к труду на их работоспособность. На основании этих исследований В. Н. Мясищев выдвинул положение о том, что нарушение работоспособности следует рассматривать как, основное проявление душевной болезни человека и что показатель работоспособности служит одним из критериев психического состояния больного. Работы ленинградской школы патопсихологов этого периода не утратили до сих пор своего актуального значения как по содержанию, так и по экспериментальным методикам.

Широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы в лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, Т. И. Тепеницына, Ю. Ф. Поляков, В. В. Николаева). Проводится большая работа по патопсихологии в Центре охраны психического здоровья АМН СССР (Ю. Ф. Поляков, Т. К. Мелешко, В. П. Критская, Н. В. Курек и др.).

Социальный аспект патопсихологических исследований представлен в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы

трудоспособности и организации труда инвалидов, созданного впервые в мире в СССР (В. М. Коган, Э. А. Коробкова, И. Н. Дукельская и др.).

В русле теории Д. Н. Узнадзе велись и продолжают осуществляться исследования нарушений установки при различных формах психических заболеваний психологами и психиатрами Грузии.

С 1949 г. по инициативе С. Л. Рубинштейна начал читаться курс патопсихологии в Московском государственном университете им. М. В. Ломоносова на психологическом отделении философского факультета. В настоящее время подобные курсы введены в учебные программы всех факультетов или отделений психологии университетов страны.

За последние годы выросло значение патопсихологии в психокоррекционной работе, которая проводится в разных видах психологической службы: психокоррекция и профилактика в соматической клинике и клинике неврозов, поликлинических отделениях кризисных состояний, "телефоны доверия", "Служба семьи" и др. Патопсихологи принимают участие в групповой психокоррекции (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Клиника неврозов, ряд психиатрических больниц и др.).

Расширяется сеть лабораторий по восстановлению как отдельных нарушенных функций, так и трудоспособности больных людей. Участие психологов становится сейчас не только необходимым, но часто ведущим фактором как в диагностической работе, так и в области профилактики и психокоррекции психических расстройств.

Особое развитие получили патопсихологические исследования в детских психоневрологических учреждениях. Разрабатываются методики, способствующие ранней диагностике умственной отсталости; проводится анализ сложных картин недоразвития в детском возрасте с целью поисков дополнительных дифференциально- диагностических признаков и симптомов; используя положение Л. С. Выготского о "зоне ближайшего развития", патопсихологи разрабатывают методики "обучающего эксперимента", направленные на выявление прогностически важных признаков обучаемости детей (С. Я. Рубинштейн, В. В. Лебединский, А. Я. Иванова, Э. С. Мандрусова и др.). Разрабатываются методы игровой психокоррекции (А. С. Спиваковская, И. Ф. Рапохина, Р. А. Харитонов, Л. М. Хрипкова). Значительно возросла роль патопсихологов в области трудовой, судебно- психиатрической и судебно-психологической экспертиз...

Быстрый рост исследовательской и практической работы в области экспериментальной патопсихологии способствует тому, что при научных обществах психологов создаются секции, объединяющие и координирующие исследования в области патопсихологии. На всесоюзных съездах психологов страны были широко представлены доклады патопсихологов, которые концентрировались вокруг следующих проблем: 1) значение патопсихологии для теории общей психологии; 2) проблемы психокоррекции; 3) патология познавательной деятельности и личности. Аналогичные симпозиумы были организованы на международных конгрессах психологов (1966 — Москва, 1969 — Лондон, 1972 — Токио, 1982 — Лейпциг).

Таким образом, в настоящее время развивается прикладная область психологии, имеющая свой предмет и свои методы, — экспериментальная патопсихология.

Глава II

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема метода в науке не проста и не односложна. С одной стороны, применяемые методы исследования зависят от уровня развития науки, от тех принципиальных положений, теоретических, методологических установок, на которых данная область знаний базируется. Само развитие той или иной области знаний зависит в известной мере от применяемых методов исследования. С другой стороны, экспериментальное исследование, в том числе и патопсихологическое, выбор экспериментальных приемов зависят от той задачи, которую ставит перед ним клиника (дифференциально-диагностическая, психокоррекционная, экспертная и др.).

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение за поведением больного во время проведения исследования, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год-два.

1. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Рассмотрим принципы построения патопсихологического эксперимента. Для того чтобы понять его особенности, необходимо остановиться в нескольких словах на методах исследования общей психологии. Метод эксперимента не является единственным путем познания в психологии. Он стал главенствующим по мере развития психологии как точной науки в связи с ее общими теоретическими положениями и применением в практике.

Как известно, внимание психологов-рационалистов было направлено на разграничение в психике человека отдельных "душевных способностей", каждая из которых по-своему перерабатывает получаемый извне материал. Психология сводилась к описанию работы этих способностей. Умозрительное описание внутреннего мира человека получило свое отражение не только у психологов-рационалистов. Оно нашло свое место у представителей так называемой "понимающей" психологии (Э. Шпрангер, В. Дильтей). Отрицая дробление психики на отдельные процессы или функции, признавая неделимость, единство психического, представители этого направления отказываются от научного исследования психического, считая, что если природу можно объяснить, то психику можно только понять. Эти положения "понимающей" психологии нашли свое отражение в концепции психологов- экзистенциалистов.

На практике это означает, что психолог должен ограничиться лишь наблюдением за поведением субъекта, регистрацией его высказываний и самонаблюдением и отказаться от эксперимента, от возможности изменения условий и деятельности, от которых зависит протекание того или иного процесса. По существу психолог- экзистенциалист стремится описать явление, но не проникать в его сущность.

Пришедшая на смену рационалистической эмпирическая психология принесла с собой иное понимание метода исследования. С развитием эмпирической психологии, развитием психофизиологии начинает внедряться в психологию метод эксперимента (В. Вундт, Г. Эббингауз, Э. Титченер).

Однако некоторые положения, особенно Вундта, внесшие большой вклад в психологию, способствовали вместе с тем тому, что психика была разделена на отдельные функции-"полочки" памяти, внимания, восприятия и т.д. и психологическое исследование сводилось к исследованию этих отдельных функций. Исследование же данных функций должно сводиться к их измерению.

Как указывалось в предыдущей главе, метод эксперимента начинает проникать в психиатрию и неврологию. В этой связи интересно отметить, что уже в 1896 г. А. А. Токарский писал в "Записках психологической лаборатории психиатрической клиники Московского университета" о необходимости эксперимента и недостаточности метода наблюдения: "Наблюдением называется изучение явления при тех условиях, при которых оно возникает независимо от нашего вмешательства, в силу естественного хода вещей. Вследствие того, что условия, при которых возникает явление, равно как и сопровождающие обстоятельства, могут меняться в силу естественных причин, является возможность, повторяя наблюдения одного и того же явления в различные моменты, установить существование некоторых фактов с достаточной степенью достоверности. Однако, для того чтобы знание явления стало несомненным, требуется его проверка и доказательство. Для этого служит опыт или эксперимент. Экспериментом называется искусственное изменение условий наблюдения с целью определения отношений между явлением и условиями его возникновения. Этим прежде всего доказывается самый факт существования явления, которое было ранее обнаружено простым наблюдением, затем определяется отношение явления к его условиям, причинам или сопровождающим обстоятельствам. Таким образом, эксперимент есть только проверка наблюдения. Это не есть, следовательно, наблюдение при искусственно измененных условиях, как часто говорится, но есть именно изменение условий, за которым вновь начинается наблюдение, которое, совершаясь при измененных экспериментом условиях, тем не менее остается наблюдением" [188, 7-10].

Таким образом, в основании научных данных лежат результаты наблюдения, проверенные с помощью эксперимента. Изучить явление — значит определить его составные части, его общие свойства и характерные признаки, причины, его вызывающие, и следствия, им обусловленные, следовательно, привести его в полную связь с остальными, уже проверенными фактами. Эта задача не всегда может быть исполнена в настоящее время, с одной стороны, вследствие недостатка точно проверенных фактов, с другой — вследствие сложности явлений. Для того чтобы добытые частные факты могли дополняться впоследствии, чтобы они представляли собой научный материал, необходимо эти наблюдения и эксперименты проводить по строгому методу, что даст возможность их повторения и проверки другими лицами.

Поэтому в психологии, как и в других науках, эксперимент имеет решающее значение: только посредством эксперимента психология становится наукой и только посредством эксперимента может она освободиться от бесплодных и произвольных гипотез. Отсюда следует, что выделение экспериментальной психологии как особой науки, в отличие от психологии так называемой физиологической, эмпирической, интуитивной и пр., не имеет никакого основания. Психология как наука едина, пользуется всеми методами естествознания, и только добытые с помощью этих методов данные могут иметь для нее значение. Из того обстоятельства, что некоторые факты душевной жизни познаются только самонаблюдением или что некоторые факты стоят в близкой связи с фактами, изучаемыми другими отраслями естествознания — биологией, физиологией, химией и т.д., никак не следует, что эти факты могут быть содержанием отдельной науки и что необходимо различать химическую, физическую, физиологическую психологию. Это ведет только к недоразумению, которое выражается в предположении, что каждая из этих наук занимается изучением особых явлений, например что психология изучает высшие свойства духа, физиология — низшие свойства, связанные с животными отправлениями, что в конце концов является только препятствием к правильному выяснению значения метода в науке и, следовательно, тормозит научное исследование.

"Ближайшая задача психологии заключается в том, чтобы изучить психическое содержание, разложить его на составные элементы, определить связь между этими элементами и отношениями, которые существуют между явлениями внешнего мира и психическими явлениями.

Психическое содержание состоит из ощущений, восприятий, представлений, понятий, ассоциативных сочетаний этих величин, чувствований и чувств, действий, обусловленных суммой находящихся налицо в данный момент двигательных импульсов.

Мы имеем возможность изучать посредством эксперимента ощущения, восприятия, представления и их отношения к внешним влияниям, законы памяти и связи представлений, степень и качество воспроизведений по их отношению к первоначальным восприятиям, условия возникновения внимания, его колебания, некоторые проявления бессознательной мозговой деятельности, автоматические акты, явления внушения, дающие возможность наблюдения сложнейших проявлений психической деятельности. Далее посредством наблюдения за действием ядов* и над душевнобольными мы имеем возможность проверять и устанавливать некоторые общие факты душевной жизни, однообразно возникающие при определенных условиях, и некоторые своеобразные изменения нормальной психической деятельности.

---

* А. А. Токарский имел здесь в виду лекарственные препараты (Примеч. автора).

Так образуется фактически проверенный материал психологии. Данные самонаблюдения отдельного лица могут явиться существенным подспорьем при анализе психических явлений, представляя собой определенный факт психической жизни. Однако значение этого факта не возвышается над значением единичного наблюдения, и в тех случаях, где самонаблюдение не допускает проверки, что еще так часто случается по отношению ко многим сторонам психической жизни, главным образом по отношению к чувствам и очень сложным воспроизведениям, даже фактическая достоверность самонаблюдения может оставаться сомнительной. Ошибки самонаблюдения свойственны всем людям без исключения, и, к сожалению, нет никакой возможности сказать, что самонаблюдение, положим. Канта или Гете более достоверно, чем самонаблюдение простолюдина. Оно более сложно и только, но, если оно относится к явлению, не допускающему воспроизведения или проверки, оно не может и не должно быть принимаемо за действительный факт душевной жизни, имевший место в том виде, как он нам описан, тем более что для правильного изображения сложных душевных состояний у человека не всегда хватает средств.

Таким образом, сложнейшие явления душевной жизни ускользают от нашего анализа и проверки; они остаются, однако, в сфере науки, будучи постоянно целью ее стремлений, и наше бессилие в настоящую минуту разрешать сложнейшие задачи психологии свидетельствует только о величии этой науки и еще более подтверждает необходимость строгой методичности в изысканиях для того, чтобы систематически расширить область положительного знания.

Методы психологического исследования в зависимости от указанных психических величин разделяются на следующие:

1. Методы анализа ощущений.
2. Методы анализа восприятия.
3. Методы измерения времени психических процессов.
4. Методы анализа воспроизведений:
    a. простых воспроизведений,
    b. сложных представлений.
5. Методы анализа сложных психических актов.

Наиболее плодотворное исследование возможно только по отношению к тем психическим явлениям, которые характеризуются более определенной зависимостью от внешних объектов, с которыми связана наша психическая деятельность, — с ощущениями, восприятиями, представлениями, понятиями и их сочетанием, словом, с той частью психического

содержания, которая называется интеллектуальной сферой. Что же касается настроения, чувств, влечений, то они имеют характер гораздо более изменчивый, в высокой степени зависящий от неуловимых внутренних изменений".

Таким образом, уже в конце XIX в. лучшие представители нашей науки приходили к выводу о необходимости экспериментального исследования психических явлений (будь это даже в рамках функциональной психологии).

Необходимость экспериментального исследования стала особенно очевидной в начале XX в. Так, известный представитель гештальтпсихологии К. Левин настаивал на том, что развитие психологии должно идти не по пути собирания эмпирических фактов (пути, по которому идет и сейчас американская психология), а что решающей в науке является теория, которая должна быть подтверждена экспериментом. Не от эксперимента к теории, а от теории к эксперименту — генеральный путь научного анализа. Всякая наука нацелена на нахождение закономерностей — психология должна тоже стремиться к нахождению психологических закономерностей. Курт Левин подчеркивал это положение. Он говорил о том, что задачей психологической науки должно быть даже не только установление законов, а предсказание индивидуальных явлений (в терминологии Левина "событий") на основании закона. Но они предсказуемы только при наличии достоверной теории. Критерием научной достоверности является не повторяемость единичных фактов, а, наоборот, единичные факты должны подтвердить теорию. Такой подход к объекту психологической науки К. Левин назвал "переходом от аристотелевского мышления к галилеевскому" [66, 17].

Левин указывал, что для мышления Аристотеля было характерно утверждение, что мир гетерогенен, что каждому явлению присуща свойственная именно ему имманентная закономерность: дым поднимается кверху, потому что он легкий; камень падает вниз, потому что он тяжелый. Галилей же установил, что мир. гомогенен. Всякое отдельное явление подчиняется общим закономерностям. Исследование должно выявить эти общие закономерности и условия, при которых то или иное явление развивалось. К. Левин считал, что психология должна использовать галилеевское мышление. Поэтому эксперимент должен быть строго продуман: необходимо создать определенные условия, чтобы получить, вычленить само изучаемое явление. Иными словами, различение аристотелевского и галилеевского подходов по отношению к психологическому исследованию означает переход от описательного метода к конструктивному. Аристотелевский метод в психологии состоит в том, что причина отождествляется с сущностью изучаемого явления, в результате чего научное объяснение сводится к классификации и приводит к выделению средних статистических характеристик, в которых преобладают оценочные критерии.

Галилеевский же метод в психологии предполагает теоретическое объяснение фактов на основе целостной системы причинных соотношений. Именно нахождение причинных соотношений дает возможность предсказания единичных событий. Каждое единичное событие должно быть осмыслено в контексте целостной ситуации данного момента. Эмпирическое доказательство должно уступить место конструктивно-теоретическому. Психология должна изучать не фенотипы, а генотипы. Эксперимент в психологии призван давать объяснительную характеристику, а не установление факта, он должен объяснить причину, детерминацию человеческого поведения, того или иного психического явления.

Принципы методических приемов, использующихся в лабораториях, различны. Кратко остановимся на них.

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, метод, который основывался на вундтовской психологии. Взгляд на психические процессы как на врождённые способности, которые лишь количественно меняются при развитии, привел к идее о возможности создания "измерительной" психологии.

Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению лишь его количественной характеристики, точнее, к измерению отдельных психических способностей.

Принцип количественного измерения врожденных способностей лег в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее "нормального стандарта".

В 1910 г. виднейший невропатолог Г. И. Россолимо разработал систему психологических экспериментов, которая, по его мнению, якобы позволяла установить уровень отдельных психических функций, или "психологический профиль субъекта". По мнению автора, различные патологические состояния мозга вызывали определенные типичные "профили изменения психодинамики". В основе этого метода лежала концепция эмпирической психологии о существовании врожденных изолированных способностей.

Эта ложная теория так же, как и упрощенный количественный подход к анализу нарушений психической деятельности, не могла обеспечить внедрения методов, адекватных запросам клинической практики, хотя сама попытка приблизить психологию к решению клинических задач была прогрессивной для своего времени.

Метод количественного измерения отдельных психических функций достиг своей крайней выраженности в тестовых исследованиях Бине-Симона, которые были вначале направлены на выявление уровня умственных способностей. Измерительные тестовые исследования базировались на концепции, согласно которой умственные способности ребенка фатально предопределены наследственным фактором и в малой степени зависят от обучения и воспитания. Каждому ребенку двойствен определенный, более или менее постоянный возрастной интеллектуальный коэффициент (IQ).

Задачи, которые предлагались детям, требовали для своего решения определенных знаний, навыков и позволили судить в лучшем случае о количестве приобретенных знаний, а не о строении и качественных особенностях их умственной деятельности.

Подобные исследования, направленные на чисто количественные измерения, не позволяют прогнозировать дальнейшее развитие ребенка. А между тем с помощью этих тестов проводилось и сейчас проводится в некоторых странах отделение детей, якобы "способных" от рождения, от других, задержка умственного развития которых объяснялась зависящей тоже от врожденных особенностей. Постановлением ЦК ВКП(б) от 4.VII.1936 г. "О педологических извращениях в системе наркомпросов" были вскрыты порочные корни ложного толкования причин умственной отсталости, устранены практически вредные последствия этого толкования.

Метод количественного измерения остается до настоящего времени ведущим в работе многих психологов за рубежом, работающих в области психиатрии. В многочисленных опубликованных за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы тестовых исследований вплоть до вычисления IQ.

При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при разрешении клинических задач, особенно психокоррекционных.

Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же процесс ее, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной

способ действия, личностные установки, желания, словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено.

Одним из основных принципов патопсихологического эксперимента является системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности. Этот принцип обусловлен теоретическими положениями общей психологии. Основываясь на тезисе К. Маркса, что "люди суть продукты обстоятельств и воспитания, что, следовательно, изменившиеся люди суть продукты иных обстоятельств и измененного воспитания..." [1, 3, 2], советские психологи (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, Б. Г. Ананьев, В. Н. Мясищев) показали, что психические процессы формируются прижизненно по механизму присвоения общечеловеческого опыта в процессе деятельности субъекта, его общения с другими людьми. Поэтому патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов; а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.*

---

* Мы не останавливаемся на описании конкретных методик. Они изложены в книге С. Я. Рубинштейн "Экспериментальные методики патопсихологии" [163].

Разумеется, что экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных.

Следует согласиться с замечанием А. Н. Леонтьева, сделанным в его статье "О некоторых перспективных проблемах советской психологии", что не надо сближать научно обоснованные эксперименты, "дающие возможность качественной оценки с так называемыми тестами умственной одаренности, практика применения которых не только справедливо осуждена у нас, но вызывает сейчас возражения и во многих странах мира" [112, 14].

Идея о том, что один лишь количественный анализ не может оказаться пригодным при решении ряда задач, связанных с деятельностью человека, находит свое признание среди ряда ученых зарубежных стран. Так, один из американских специалистов в области управления проф. А. Заде пишет, что "точный количественный анализ поведения гуманистических систем не имеет, по-видимому, большого практического значения в реальных социальных, экономических и других задачах, связанных с участием, одного человека или группы людей" [61, 7]. Больше того, он. подчеркивает, что "способность оперировать нечеткими множествами и вытекающая из нее способность оценивать информацию являются одним из наиболее ценных качеств человеческого разума, которое фундаментальным образом отличает человеческий разум от так называемого машинного разума, приписываемого существующим вычислительным машинам" [61, 8].

Следовательно, основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он

осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга) и при некоторых формах и течении шизофрении, оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т.е. специфическим для того или иного заболевания или формы его течения; он. является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования, т.е. необходим синдромальный анализ (А. Р. Лурия).

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к "функциональной пробе" — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль "функциональной пробы" могут играть те экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Следует подчеркнуть, что патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В. Н. Мясищев выдвинул эту проблему в своей статье "Работоспособность и болезнь личности" [136]. Он указывает, что психическое и психопатологическое явления могут быть поняты на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д. Такой подход к психологическим проявлениям требует, как об этом говорит В. Н. Мясищев, знания и изучения психологии личности.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С. Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует "через внутренние условия". Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а что они опосредствуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека связаны со структурой личности человека, с его потребностями, с его эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как процессы, они по существу являются включенными в структуру личности. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются

целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Это измененное отношение приводит не только к ослаблению работоспособности больного, к ухудшению его умственной продукции, но само может участвовать в построении психопатологического синдрома. Так, при исследовании больных артериосклерозом головного мозга отмечено, что чрезмерная фиксация на своих ошибках нередко приводила больных к преувеличенным опосредствованным действиям, которые снижали умственную продукцию больных [65], и к чрезмерным коррекционным приемам, нарушавшим их зрительно-моторную координацию [162]. Иными словами, самоотношение больного к ситуации, к себе должно стать предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперименту.

Патопсихологический эксперимент является по существу взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного, а это означает, что и его действия могут измениться неосознаваемо для самого испытуемого. Иными словами, качественный анализ потому и необходим, что ситуация патопсихологического эксперимента — это отрезок реальной жизни. Именно поэтому данные патопсихологического исследования могут быть использованы при решении вопросов реальной конкретной жизни, вопросов, касающихся судьбы реальных людей; это вопросы, правильное решение которых оздоровляет и охраняет общество (например, участие в психолого- психиатрической судебной экспертизе, воинской, трудовой).

Особое значение приобретают данные патопсихологического эксперимента при рекомендации психокоррекционных мероприятий.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Еще в 1948 г. А. Р. Лурия высказал мнение, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности: он подчеркивал, что восстановление нарушенных форм психической деятельности должно протекать по типу перестройки функциональных систем. Плодотворность такого подхода была доказана работами многих советских ученых. Исследования, направленные на анализ принципов восстановления нарушенных движений, возникших как следствие огнестрельных ранений во время Великой Отечественной войны, показали, что в процессе восстановительной трудовой терапии решающая роль принадлежала мобилизации сохранных функций больного, сохранности его установок (С. Г. Геллерштейн, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, С Я. Рубинштейн). К аналогичному выводу пришли и психологи, работавшие в области восстановления речевых расстройств.

Э. С. Бейн в монографии "Афазия и пути ее преодоления" говорит о том, что при восстановлении афазических расстройств речь идет о включении сохранного звена, о его развитии, о постепенном "накоплении возможности его использования" для практики дефектных функций [20, 223]. Перестройка дефектной функции происходит в тесном комплексе с развитием сохранной. Еще шире поставлена эта проблема у В. М. Когана. В своей монографии "Восстановление речи при афазии" автор убедительно показывает, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении оставшихся в сохранности знаний. С полным правом автор подчеркивает, что при восстановительной работе (в данном

случае восстановление речи) должна быть актуализирована вся система связей, установок активности человеческой, хотя и болезненно измененной, личности. Поэтому В. М. Коган призывает в восстановительной работе вызвать "осознанное отношение больного к смысловому содержанию слова в его связи с предметом" [84]. Приведенные взгляды исследователей касаются восстановления функций, носящих, условно говоря, узкий характер речи, праксиса.

Они могут быть с еще большим правом отнесены к восстановлению более сложных форм психической деятельности, к восстановлению утраченной умственной работоспособности (целенаправленность, активность больного). В этих случаях вопрос о сохранных возможностях встает особенно остро (например, при решении вопроса о трудоспособности больного, о возможности продолжать учебу в вузе и т.д.).

Для того чтобы психологический эксперимент мог ответить на эти сложнейшие вопросы, для того чтобы он мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен не только на обнаружение результативной стороны деятельности больных, не только на анализ окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений больного. Больше того, строение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору, вмешаться в "стратегию" эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает "помощь" экспериментатора, может ли он ею воспользоваться. Построение же эксперимента по типу жестко стандартизированных тестов не дает этой возможности.

Необходимо отметить еще раз особенности, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на исследование психики здорового человека, т.е. эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы не всегда можем учесть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения. возбуждения или заторможенности– все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы "обходным путем", произнося слова как бы невзначай и регистрируя реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например считает, что экспериментатор действует на него "гипнозом", "лучами". Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания; он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и др. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это,

не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки процесса его запоминания. А так как в ситуации эксперимента с больным человеком все течение опыта по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим причинам. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает; решение задания часто вызывает осознание своего дефекта; больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Часто бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решить более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие — остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного.

Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании аномальных детей. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры уровня психических процессов больного ребенка; он должен выявить прежде всего потенциальные возможности ребенка.

Как известно, это указание было впервые сделано еще в 30-х гг.. Л. С. Выготским в его положении о "зоне ближайшего развития". В своей работе "Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте" Л. С. Выготский пишет, что состояние умственного развития ребенка может быть определено по меньшей мере с помощью выяснения двух его уровней: уровня актуального развития и зоны ближайшего развития [49, 446]. Под "зоной ближайшего развития" Л. С. Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого.

Существенным, по мысли Л. С. Выготского, является не только то, что ребенок может и умеет делать самостоятельно, но то, что он умеет делать с помощью взрослого. Умение ребенка перенести усвоенные с помощью взрослого способы решения задачи на действия, которые он выполняет самостоятельно, является главным индикатором его умственного развития. – Поэтому психическое развитие ребенка характеризуется не столько его актуальным уровнем, сколько уровнем его ближайшего развития. Решающим является "расхождение между уровнем решения задач, доступных под руководством, при помощи взрослых, и уровнем решения задач, доступных в самостоятельной деятельности" [49, 447].

Мы несколько подробно остановились на этом хорошо известном положении Л. С. Выготского потому, что оно определяет принципы построения психологического эксперимента применительно к аномальным детям. Измерительные исследования, принятые в зарубежной психологии, могут выявить в лучшем случае лишь "актуальный" (в терминологии Л. С. Выготского) уровень психического развития ребенка и то лишь в его количественном выражении. Потенциальные же возможности ребенка остаются невыясненными. А ведь без такого "прогнозирования" дальнейшего развития ребенка многие теоретические и практические задачи, например задача отбора в специальные школы обучения, не могут быть по существу решены. Экспериментальные психологические исследования, применяемые в области детской психоневрологии, должны проводиться с учетом этих положений Л. С. Выготского.

Таким путем идут исследования, проводимые А. Я. Ивановой. Автор строит свои экспериментально- психологические исследования по типу обучающего эксперимента. А. Я. Иванова предлагала детям задания, которые им не были до того известны. В процессе выполнения детьми этих заданий экспериментатор оказывал им разные виды помощи, которые строго регулируются. То, как испытуемый принимает эту помощь, количество "подсказок", учитывается. Такой вид помощи входит в структуру эксперимента.

Для осуществления "регламентированной помощи" А. Я. Иванова внесла видоизменения в некоторые общепринятые методики патопсихологического исследования: предметную классификацию, методику Кооса, классификацию геометрических фигур, серию последовательных картин. Автор подробно регламентирует и фиксирует этапы помощи. Учитывается их количественная градация и их качественная характеристика. Применение "обучающего эксперимента" дало А. Я. Ивановой [72] возможность разграничить разные формы аномального психического развития. Метод обучающего эксперимента был также использован Н. И. Непомнящей, исследовавшей формирование счета умственно отсталых детей. Исходя из теоретических положений П. Я. Гальперина [54] о поэтапном формировании умственных действий. Н. И. Непомнящей было показано, что у умственно отсталых детей обнаруживаются трудности процесса сокращения первоначально развернутого действия. Его приходилось специально и длительно отрабатывать. Если же путем специального обучения и "отработки" удавалось добиться механизма сокращения, то можно было в известных пределах преодолеть дефект этих детей.

Система дозированных подсказок была использована Р. Г. Натадзе при формировании искусственных понятий у здоровых детей. С помощью детально разработанной методики Р. Г. Натадзе обнаружил разные уровни развития детей. Таким образом, обучающий эксперимент, в основе которого лежит положение Л. С. Выготского о "зоне ближайшего развития", вскрывающий потенциальные возможности ребенка, может явиться орудием при исследовании структуры и степени снижения психики аномального ребенка и при решении практической задачи — отбора детей в специальные школы.

В настоящее время в патопсихологии детского возраста разрабатываются методы коррекции патологических явлений. Нахождение этих коррекционных путей требует не только знаний возрастных особенностей ребенка и анализа их отклонений, но и осуществления, по выражению Д. Б. Эльконина, "контроля за ходом психического развития детей" [199]. В качестве одного из таких коррекционных методов выступает игровая деятельность. Исходя из того, что игра "ведет за собой развитие" (Л. С. Выготский), в детской патопсихологии делается попытка нахождения адекватных приемов для коррекции искаженной игры (В. В. Лебедянский, А. С. Спиваковская, О. Л. Раменская). Эти коррекционные приемы служат одновременно для диагностических целей [171].

Следует учесть еще одну особенность патопсихологического исследования. Выполнение экспериментальных заданий имеет для разных больных различный смысл. Еще в школе К. Левина указывалось на то, что у одних испытуемых экспериментальные задания вызывают

познавательный мотив, другие испытуемые выполняют задачи из любезности к экспериментатору (так называемые "деловые испытуемые"), третьи — увлекаются процессами решения" ("наивные испытуемые" [32]). Отношение к эксперименту зависит от отношения больного к факту стационирования [182], от отношения к самому экспериментатору [79].

Также следует учесть, что патопсихологическое, да и любое исследование в условиях психоневрологического учреждения неминуемо означает для больного ситуацию некой "экспертизы". Поэтому патопсихологу приходится в своем заключении оперировать системой понятий, характеризующих личность больного в целом (его мотивы, целенаправленность, самооценка и др.). Однако это не исключает отказа от характеристики отдельных процессов. Но эта характеристика углубляется анализом общего состояния больного. Резюмируя, можно сказать, что патопсихологический эксперимент направлен не только на анализ отдельных симптомов, но и на выявление психологических синдромов.

Важен также вопрос интерпретации полученных данных, в основе которой лежит та или иная теоретическая концепция. Например, у больного обнаруживается плохая память: это можно интерпретировать как результат познавательных нарушений вследствие сосудистых заболеваний, но это может быть и проявлением снижения мотивационной активности, как это имеет место у больных шизофренией. Интерпретация же проводится на основании системного анализа.

Важно, не сколько раз больной ошибался, а как он отнесся к оценке экспериментатора, критически ли он оценил поправку, поощрение или порицание экспериментатора [87]. Поэтому нередко анализ ошибок оказывается продуктивным для интерпретации состояния больного.

Патопсихологов часто упрекают в том, что их методики не стандартизированы, что они субъективны. В связи с этим хочется вспомнить слова Л. С. Выготского о том, что чрезмерная боязнь так называемых субъективных моментов в толковании (а у Выготского речь шла о нарушении психики у детей) и попытки получить результаты исследований чисто механическим, арифметическим путем, как это имеет место в системе Бине, являются ложными. Без субъективной обработки, т.е. без мышления, без интерпретации, расшифровки результатов, обсуждения данных нет научного исследования.

Сказанное не должно быть понято как отрицание статистической выверенности результатов эксперимента. Для многих вопросов прикладной психологии это необходимо. Речь идет о том, что при решении таких практических задач клиники, как трудовая или судебная экспертиза или учеба ребенка с аномальным развитием, патопсихологический эксперимент носит характер исследования, т.е. того, как выполнил экспериментальную работу сидящий перед психологом конкретный человек, с какой степенью усилий, с какой степенью регуляции, с каким отношением подходил именно этот больной к заданию [68]. На это указывает и Б. Ф. Ломов, считая, что сопоставление "объективных отчетов испытуемых" с объективными данными эксперимента при соответствующей проверке может, раскрыть для опытного экспериментатора очень многое и в конце концов служит главной задаче — познанию объективных закономерностей психики [118].

Патопсихологическое исследование обладает еще одной особенностью. Предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызывают столь же реальное переживание, определенное эмоциональное состояние испытуемого. Иными словами, патопсихологическое исследование обнажает реальный пласт жизни больного.

Поэтому программа исследования больного в психиатрической практике не может быть принципиально единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи (научной или практической). Например, при необходимости дифференциально-диагностического отграничения шизофрении от шизофреноподобных картин при органических заболеваниях ЦНС основное внимание будет уделено выявлению особенностей расстройств мышления

(методом "классификации предметов", "пиктограммы", сравнения понятий), с одной стороны, а также характеристике работоспособности (пробы "на совмещение", "отыскивание чисел" и др.) — с другой.

Совсем другие методы являются адекватными при отграничении сосудистой деменции от деменции при болезнях Пика, Альцгеймера, т.е. атрофических процессов. В этих случаях применяются пробы, выявляющие нарушения навыков письма, счета, праксиса, нейропсихологические методики.

---

2. БЕСЕДА ПАТОПСИХОЛОГА С БОЛЬНЫМ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЕГО ПОВЕДЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выше мы говорили о том, что патопсихологическое исследование включает и беседу с больным, которую часто называют "направленной", "клинической". Проще ее назвать "беседа с испытуемым", в данном случае с больным испытуемым.

Беседа состоит из двух частей. *Первая часть* — это беседа, в узком смысле этого слова. Экспериментатор разговаривает с больным, не проводя еще никакого эксперимента. Беседа может осуществляться до или после экспериментальной работы с больным.

Вторая часть беседы — это беседа во время эксперимента, потому что эксперимент — это всегда общение с больным. Общение может быть вербальное, т.е. экспериментатор что-то говорит ему, указывает, подсказывает, хвалит или, наоборот, порицает. Но эта "беседа" может быть и не в вербальном плане, но своей мимикой экспериментатор показывает больному, хорошо или плохо он делает; как и в реальной жизни, можно пожать плечами, поднять брови, можно удивленно посмотреть, улыбнуться, нахмуриться, т.е. в зависимости от обстоятельств (это тоже вид общения).

Остановимся на тех вопросах, которые касаются беседы в более узком плане. Прежде всего беседа не может быть проведена "вообще". Она всегда зависит от поставленной задачи. Задача ставится большей частью самим лечащим врачом. Врач просит посмотреть экспериментально такого- то больного, ему не ясен диагноз. Или, наоборот, больной находится в стационаре для прохождения экспертизы: трудовой, воинской, судебной. Или врач хочет знать, каково влияние психофармакологических средств, которые принимает данный больной. В этих случаях врач ставит перед психологом определенную практическую задачу. Соответственно этой задаче проводится эксперимент, т.е. психолог выбирает стратегию своих действий и беседы в зависимости от задачи, которую перед ним поставили. Это первое. Но нередко бывают случаи, когда врач (если это неопытный врач) не всегда ставит перед психологом задачу. Порой бывает так, врач просит патопсихолога посмотреть именно этого, "очень сложного больного пациента". Задача не поставлена, и психологу следует хорошо изучить историю болезни. Если внимательно прочесть историю болезни человека, то психолог может понять, какая перед ним стоит задача. Но для этого надо иметь знания в области клиники. Поэтому студентам, которые проходят специализацию на кафедре нейро– и патопсихологии, читают курс лекций: введение в психиатрию, введение в неврологию, введение в клиническую психотерапию — это обязательные курсы со сдачей экзаменов или зачетов.

Прочтя историю болезни, узнав, кто перед ним сидит, психолог решает, "для чего он будет проводить эксперимент", проводить "узкую беседу". Следует подчеркнуть, что прежде всего она не должна повторять вопросы врача, т.е. не следует задавать такие вопросы, которые задавал врач и которые отражены в истории болезни. Психолог не должен собирать анамнез,

который должен быть в истории болезни. Если же в истории болезни этого нет, то следует обратиться к лечащему врачу и, вероятно, вместе с ним собрать анамнез.

Конкретно говоря, не следует начинать свою беседу с больным с вопросов: есть ли у него бред, есть ли галлюцинации? Этого не надо делать. Если во время беседы он сам заговорит об этом, то тогда следует об этом с ним поговорить.

Необходимо очень тонко подойти к вопросу о его состоянии. Если больной депрессивный и вы прочли об этом в истории болезни, тоже не следует начинать разговор о его депрессии, а можно как бы "окольным" путем спросить, как он себя сегодня чувствует? Нетрудно ли будет ему сегодня поработать, потому что вы хотите проверить его память.

И если больной или больная отвечает "мне всегда плохо, мне не до того, мне не хочется этого делать, мне вообще ничего не хочется", тогда можно продолжить как бы ее мысль: "А что, Вы всегда ничего не делаете? А как Вы проводите время? Что вы делаете?" И тогда больной начнет говорить. Не следует спрашивать его о том, когда у него худшее настроение: утром или вечером? Это обязан спрашивать врач. Психолог должен это делать не прямо, а как бы "окольным" путем. Но самое главное надо знать и всегда помнить, для чего послан к вам данный больной- испытуемый. Это касается не только больного человека, это касается и бесед, которые психолог проводит с нормальным, здоровым человеком для исследования, например, логических способностей.

Далее, всегда в своей беседе следует учитывать отношение больного к ситуации эксперимента, к вам как экспериментатору. Необходимо знать преморбидные особенности больного, т.е. те особенности, которые были свойственны данному человеку до его заболевания. Сведения об этом психолог должен находить в истории болезни, а не спрашивать у больного, каким он был до болезни. Другое дело, когда перед нами стоит какая-нибудь научная задача и мы сами должны в рамках научной проблематики беседовать с его родителями, сослуживцами, тогда это возможно, но это уже другой вопрос, сейчас речь идет о беседе в условиях практической работы патопсихологов.

Отношение к экспериментатору . Бывает часто так, что экспериментатор — молодой человек, молодая девушка, а перед ним сидит уже пожилой человек. Он даже не хочет с вами разговаривать. Не следует никогда на это обижаться, если больной не желает со "всякими мальчишками и девчонками" разговаривать. Нужно действовать методом убеждения: "У Вас (т.е. у больного) действительно больше жизненный опыт в других областях. Вы, конечно, знаете больше меня, но здесь речь идет об исследовании, которое просил сделать врач, а если это будет не в медицинском учреждении, вы можете сказать, что просил сделать инженер, учитель, и в этом я немного понимаю. Кроме того, я всегда консультируюсь со старшими товарищами", т.е. вы должны попытаться как-то заслужить его доверие. Очень важно, как больной относится к эксперименту. Ведь дело в том, что до того, как вы провели эксперимент, он знает, что вы будете показывать (по его мнению, это какие-то "игрушки"), что он будет рисовать, отвечать на какие-то вопросы (ему ведь другие больные рассказывали, так как это очень быстро распространяется). И он может очень пренебрежительно относиться: "Знаем мы ваши игрушечки. Это ведь ничего не дает". И тогда вы должны тоже уметь убедить, что это только выглядит как игрушечки, что это задачи, которые требуют умственного напряжения, которые требуют творческого мышления, т.е. следует уметь доказать, что все эти "игрушечки", которые ему показывают, все эти картинки типа "классификации предметов" или тематические перцептивные тесты, тесты Роршаха (которые ему кажутся игрушками) требуют большого умения. Ведь больной иногда действительно приходит настроенный антагонистично, а иногда, наоборот, с желанием проверить свои возможности. Очень часто бывает так, что больные только во время эксперимента впервые узнают о недостатках своей памяти, своего мышления. Часто они вполне серьезно работают вместе с экспериментатором, и во время беседы это чувствуется. В большинстве случаев больной понимает, что тот эксперимент, который будет проводиться, имеет отношение к постановке диагноза, к уточнению выписки, к

смене лекарств. Иногда больной понимает, а если нет, то можно ему сказать, что действительно то, что мы с вами будем делать, — серьезное дело. Особенно трудно приходится преподавателю, когда показывают больного, например, на спецпрактикуме. Перед больным и аудитория, где сидят 10-15 молодых людей. И он начинает возмущаться: "Я не подопытный кролик". И тогда, если это не слабоумный больной, надо погасить его возмущение, по возможности оперировать к его пониманию: "Да, это, действительно, молодые врачи или студенты, молодые врачи-ординаторы, среди них есть и студенты. Но Вы же культурный человек. Вы понимаете, что необходимо обучать их. А как же мы можем их обучать, если не будем показывать больных. Любой врач начинает с того, что он обучается работе с больным". Следует абсолютно серьезно, с полным уважением относиться к личности, хотя перед нами может сидеть психически глубоко больной человек. Особенно это касается невротиков. Больные неврозом — это очень чувствительные люди. Они заняты своими переживаниями, им нет дела до учебы студентов, до спецпрактикумов, спецкурсов. Только корректное и абсолютно серьезное отношение к больному– испытуемому гарантирует достижение успеха в беседе.

Нужно объяснить больному, что это один из частных моментов его жизни, что ему это не повредит, т.е. всеми способами нужно уметь в беседе показать, что то, о чем вы будете говорить, будет иметь значение для него самого в дальнейшем. Это очень важно.

Кроме того, есть еще одна особенность. Иногда больной приходит в плохом настроении, очень хмурый, недовольный. Нужно спросить его: "Как Вы себя сегодня чувствуете? Что-то Вы бледны немного, не болит ли у Вас голова?" И тогда он, может, расскажет о своем состоянии: "Дело не в том; что болит голова, а в том, что у него плохое настроение". И тогда необходимо продолжить, "завязать" разговор. Такая беседа очень важна для анализа самооценки больного, для его самоконтроля, для понимания его критичности.

Например, скажем, вы прочли в истории болезни, что данный больной занимал в прошлом высокое положение, руководил другими людьми или это заведующий каким- нибудь отделением, больницей, производственник или актер, а сейчас он общается в больнице только со слабоумными алкоголиками, другими слабоумными больными. И тогда не следует его спрашивать: "Почему Вы общаетесь с этими алкоголиками?" А следует спросить совсем иначе: "Вас не тяготит отделение в больнице? Как Вы себя чувствуете в отделении? Много ли людей в вашей палате? Они Вас не беспокоят?" И очень интересно, что он ответит. Иногда больной отвечает: "Нет, что Вы. Наоборот, вот здесь-то я и нашел своих лучших друзей (и называет вам имена слабоумных алкоголиков)". И вы не удивляетесь. "Ну, а почему Вам именно с ними интересно общаться?" И в зависимости от его ответа, должен быть поставлен и ваш вопрос (иногда вы рискуете получить реплику с его стороны). Далее вы можете спросить у него: "Скажите, пожалуйста, вот больной Н. (назовите фамилию определенного больного), не правда ли, он очень интересный человек? Вы с ним никогда не разговаривали?" И вы увидите, что он ответит. Тут явно выступит его критичность к больным по палате.

У больного надо спросить, читает ли он, что читает, приносят ли ему из дому книги, какие. Далее продолжить разговор о том, почему он любит такого-то автора? И если человек культурный, можно завязать с ним разговор о театре. И вы увидите, снижено ли стало его представление. Или, наоборот, в своей профессиональной жизни он остался на высоте, хотя в отделении он общался только с больными-алкоголиками и сам болен хроническим алкоголизмом.

Иногда бывает так, что из истории болезни видна очень непонятная картина. Приведу пример одного больного. Этот больной был высококультурным человеком с гуманитарным образованием, с ним можно было прекрасно поговорить об искусстве, литературе. Но этот же больной мог в присутствии сестры употреблять нецензурные слова. Почему это происходило? И тогда беседа с больным навела на мысль о том, что диагноз поставлен неправильно. Думали, что это прогрессивный паралитик, так как нарушены критичность и самоконтроль. А

вот беседа психолога навела врача на мысль о том, что здесь не прогрессивный паралитик, а налицо шизофрения, как и подтвердилось впоследствии (об этом свидетельствовали данные исследования его познавательной деятельности). Результаты эксперимента выявили и чрезвычайную скудность его эмоций, обеднение смыслообразующих мотивов.

Таким образом, и беседа и эксперимент должны содержать в себе элементы психокоррекции, например, если больной плохо решает задачи (эта беседа должна проходить в конце эксперимента), то нужно с ним побеседовать и сказать, что он сделал такие-то ошибки, но, в общем, их было не очень много; или больной плохо решал задачу или совсем не решил, надо сделать вид, что будто он довел ее до конца, но только использовал вашу подсказку, и это естественно. Так бывает и у здоровых людей. Вы можете назвать ему какие-нибудь цифры, что столько-то процентов здоровых людей не решает сразу, а решает после третьего — пятого захода. Элементы психотерапевтических приемов всегда должны присутствовать. Но это не сеанс истинной психотерапии, где существуют особые приемы, и это не должно превратиться в соболезнование. Больного следует одобрить, сказать, что "Вы очень оригинально решили вот эту задачу, я даже удивляюсь. Многие решали у меня и даже скорей, чем Вы, но такие оригинальные решения я видела редко". Если перед вами сидит депрессивный больной, который разочаровался в себе, у которого снижено самоуважение, самооценка, то следует провести беседу после эксперимента. Вот этот психотерапевтический нюанс беседы должен особенно четко выступить в беседе с больными тяжелыми соматическими заболеваниями, скажем раковыми, сердечно-сосудистыми. Когда больная узнает, что у нее тяжелое, грозящее ее жизни заболевание, скажем, рак груди, то у неё существует только один мотив, одна цель — выжить. Но вот больной сделали операцию, она выжила. Ей сказали, что у нее не было злокачественной опухоли, но все-таки ее поставили на учет. Страх перед смертью у нее прошел, и встала другая проблема: а как отнесется муж к тому, что она изменилась физически, стала другой? Беседы с такими больными должны носить психокоррекционный компонент, но не "в лоб".

Когда лучше проводить беседу: в начале или в конце операции? Нет рецептов. С соматическими больными легче говорить после операции. А вот с психическими больными и до и после лечения. Если больной прислан с задачей: помочь врачу установить диагноз, тогда лучше проводить ее до эксперимента, если больной прислан с целью экспертизы, то надо проводить до и после, потому что очень часто этот момент экспертизы ослабляется во время эксперимента, и вы можете потом в беседе это учесть.

Бывает, что больной стремится получить инвалидность и немного усиливает свое состояние. Что-то не решив, он говорит: "Вот видите, видите, я все-таки не решил, я все-таки не смог этого сделать". Вы молчите, вы не говорите, что это плохо, но, как бы невзначай, предлагаете ему очень интересную задачку, и он вдруг увлекается и прекрасно решает ее. Тогда в самом конце эксперимента вы проводите беседу и говорите: "Вот видите, Вам действительно трудно, это правильно, у Вас снижена память, но это не так плохо. Смотрите, сложную задачу, которую большинство людей плохо решает, Вы решили прекрасно, значит, все не так плохо. Вероятно, надо собраться, немножко полечиться. Врачи Вам помогут своим лечением". Эта беседа носите данном случае тоже не психотерапевтический, а коррекционный характер, изменяет установку больного.

Самое главное в этой беседе — это умение показать больному, что дело не только во враче и не только в лекарствах, но и в нем самом, что он сам. своим поведением, своим отношением, выполнением того, что от него требуется, помогает лечению.

Вторая часть беседы — это, как уже отмечалось, беседа во время эксперимента или общение с больным во время эксперимента.

Эксперимент всегда является некоторой "экспертизой" и не только для больного человека. Если здоровый человек участвует в качестве испытуемого в ситуации, где исследуется

восприятие, скорость реакции, нюанс "экспертизы" существует. У человека возникает вопрос: "А справился я с заданием или не справился?" Здоровый человек тоже не знает, что в конце концов хочет экспериментатор. Он не рассказал о своей теме, значит, испытуемому все-таки интересно знать, справился он с задачей или не справился? Этот момент очень важно учесть. Экспериментатор всегда беседует с больным, если, например, решается задача Выготского-Сахарова или Дункера. Он открыл неправильно фигурку. Вы ему говорите: "Нет, это не совсем так. Сравните вот эту с этим". И вы должны уметь это записать в протоколе; это касается и здорового человека, что он ответил на ваше замечание, на подсказку. Бывает, что испытуемый не обращает внимание на то, что вы ему говорите, и идет "собственным ходом". Тогда нужно его остановить: "Видите, я Вам показал, почему вы не посмотрели на то, что я Вам показал? Ведь я не зря это сказал. Ведь это очень интересно". И тут очень важен ответ больного, один скажет: "Простите, я был невнимательным", а другой — "А я хочу по-своему решать". Но бывают больные с большим самомнением, которые хотят "показать себя". Если экспериментатор подсказывает, испытуемый должен вслушиваться в то, что ему говорят. Это тоже есть момент исследования, момент общения с больным. Иногда наблюдаются психопаты, которые очень бурно реагируют на предлагаемые игрушки: "что вы мне за кубики даете", "это все ерунда", "разве это может что-нибудь показать?"

Здесь необходимо убедить больного в обратном. Если вы хотите погасить самоуверенность больного, можно только пожать плечами, удивленно поднять брови и т.д., посмотреть как он отреагирует. Один поймет, что его решение неправильно, другой обидится на вас. Были такие случаи, когда психопат в ответ на ваше "не психотерапевтическое" поведение бросает эти кубики: "а, ну их, ваши игрушки, не хочу ими заниматься". Бывает и так. Поведение экспериментатора зависит от поведения испытуемого и от того, что необходимо узнать относительно этого испытуемого. Поэтому иногда больного надо подбадривать, иногда давать легкую задачу и, когда он ее решит, обязательно похвалить его. Если этот человек самокритичный, он скажет, что это "ерунда, ребенок 10 лет также может решить, ничего удивительного в том, что я решил". А другой больной ведет себя иначе, при похвале он говорит, что "тут нет ничего особенного", хотя ему было сказано, что это очень трудная задача.

Реакция больного на подсказки экспериментатора, на его мимику-все должно быть отражено в протоколе, поскольку эти данные сопоставляются, если речь идет о больном человеке, с теми данными, которые есть в истории болезни, и с данными, которые получены с помощью эксперимента. И это очень важно.

Наблюдение за поведением больного во время исследования

В ситуацию эксперимента и беседы всегда включается элемент наблюдения за поведением больного. Экспериментатор должен успеть "увидеть", как больной входит: уверенно, неуверенно, как садится, как смотрит на экспериментатора. Выше говорилось о том, что экспериментальная ситуация представляет собой сов-- местную работу больного и экспериментатора, поэтому важно отметить, как больной принимает беседу, смущен ли он или возмущен, покраснел ли он при подсказке или оценке экспериментатора. Случается, что больной выслушивает внимательно замечание или вопрос экспериментатора, но при этом его лицо краснеет, подергивается, он "ерзает" на стуле. Или, наоборот, при похвале экспериментатора выражение его лица становится мягче, он с трудом скрывает свою радость или возмущение. Все это должно быть отмечено в протоколе экспериментатора.

Следует обратить внимание на то, отвлекается ли больной на посторонний раздражитель, на шум в соседней комнате. Наблюдение при этом не должно носить навязчивого характера. Оно должно быть незаметным для больного. Наблюдение проводится и во время эксперимента. Важно отметить, как больной приступает к выполнению задания, например при соотнесении фраз к пословице. Следует отметить, рассмотрел ли он вариации поговорок и фраз или импульсивно относит первую попавшуюся ему фразу к пословице; или при выполнении задания на опосредование памяти (по А. Н. Леонтьеву) окинет ли он взглядом все лежащие

перед ним карточки или сразу же возьмет близлежащую и т.д. При объяснении карточки следует тоже отметить, внимательно ли он осмотрел, "оценил" изображенную ситуацию или сразу же начинает говорить. Все это должно быть внесено в протокол экспериментатора.

Глава III

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам. Несмотря на то что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушения сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку.

Сознание может рассматриваться в разных аспектах. В философии оно имеет широкое значение, употребляясь в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному), с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи), с точки зрения отражения (как отражающее объективный мир).

В более узком значении сознание — это человеческое отражение бытия, отражение в социально выработанных формах идеального. Возникновение человеческого сознания марксизм связывает с возникновением труда в процессе превращения обезьяны в человека. Воздействие на природу в ходе коллективной трудовой деятельности породило осознание свойств и закономерных связей явлений, которое закреплялось в языке, формирующемся в процессе общения. В труде и реальном общении возникло самосознание — осознание собственного отношения к окружающей природной и социальной среде, понимание своего места в системе общественных отношений. Специфика человеческого отражения бытия состоит в том, что "сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его" [1, 29, 194].

При решении проблемы сознания в психологии советские ученые исходят из положений марксистско-ленинской философии. Сознание рассматривается как высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Большое внимание проблеме сознания в психологии уделял С. Л. Рубинштейн [159; 160]. Говоря, что сознание — это процесс осознания субъектом объективного бытия реальности, он делал акцент на том, что сознание есть знание того, как объект противостоит познающему субъекту. Проблеме связи сознания с деятельностью уделяется внимание и в трудах А. Н. Леонтьева. Он прямо указывает, что сознание можно понять "как субъективный продукт, как преобразованную форму проявления тех общественных по своей природе отношений, которые осуществляются деятельностью человека в предметном мире... В продукте запечатлевается не образ, а именно деятельность — то предметное содержание, которое она объективно несет в себе" [113, 130].

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах (последнее предполагает осознание себя в системе общественных отношений). В отличие от традиционного употребления понятия "самосознание" А. Н. Леонтьев предлагает применять этот термин в смысле осознания своих личностных качеств. Он говорит, что самосознание, сознание своего "Я", есть осознание в системе общественных отношений и не представляет собой ничего другого.

Проблеме самосознания уделяется много исследований (С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович и др.), анализу его методологического аспекта (И. И. Чеснокова, Е. В. Шорохова), связи самосознания с познанием других людей (А. А. Бодалев, И. С. Кон, В. В. Столин и др.). Чрезвычайно много исследований уделено проблеме самосознания, "образу-Я" в трудах зарубежных авторов- неофрейдистов, представителей гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу). Богата и литература по проблеме самосознания и бессознательного (Ф. В. Бассин, А. Е. Шерозия). Ряд работ посвящен проблеме саморегуляции и самосознания (И. Кон, Б. В. Зейгарник, Л. Фестингер). Выделяются, начиная с Джеймса, и частные проблемы как соотношения самосознания и физического образа-Я (И. И. Чеснокова, А. А. Бодалев, М. А. Карева и др.).

В данной книге нет возможности остановиться на всех аспектах сознания. Хотелось лишь напомнить, что 1) в психологии эта проблема разрабатывается с разных позиций и аспектов, как в теоретическом, так и феноменологическом плане: 2) что как бы различий ни были пути исследования сознания, все отечественные психологи исходят при решении даже его частных проблем из марксистско-ленинской философии положения о том, что сознание отражает объективный вне нас существующий мир, что оно обладает свойством не только отражать, но и творить его.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается" [173, 99-100]. Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. Л. Рубинштейн, говоря о целесообразности "разведения" психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками [160].

Понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как "условное", базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т.п. Метафорические признаки "ясности" и "помрачения" сознания, введенные К. Ясперсом [217] , стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1. дезориентировка во времени, месте, ситуации;
2. отсутствие отчетливого восприятия окружающего:
3. разные степени бессвязности мышления;
4. затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания [55, 173].

В психиатрии различают разные формы нарушения сознания.*

----

* Хотя в основном мы не используем концептуальный аппарат психиатрии, однако для некоторых разделов (в частности, сознания) его следует осветить.

Оглушенное состояние сознания . Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания . Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар", "распадается и носится кусками в космическом пространстве" [173, 111].

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания . Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко. с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название "амбулаторного автоматизма" (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

Псевдодеменция . Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с. различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация . Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение "схемы тела" — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственною тела. его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название "дисморфобии", могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Синдром дисморфобии подробно описан многими психиатрами, начиная с работ итальянского психиатра Морзели (Morseli, 1836-1894). Больные с подобным синдромом считают, что у них "некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет". Больные стремятся принять меры

по устранению "мешающего недостатка", настаивают на оперативном вмешательстве, они часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Особенно подробно описан этот синдром в работах М. В. Коркиной [91], которая пишет, что этот синдром можно рассматривать как триаду, состоящую из: а) идеи о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться: б) идеи отношений и в) пониженного настроения.

Выраженное, навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток дало основание автору говорить о дисморфомании. Речь идет не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике "Я" и настоящим, а о неприятии себя, т.е. о неосознаваемом неприятии.

В психологии проблема "образ я" рассматривалась в рамках проблемы самосознания, еще начиная с В. Вундта и А. Пфендера, который отождествлял понятие "Я" и понятие "субъект". В ином аспекте эта проблема ставится у У. Джеймса (1911), который различал эмпирическое "Я" (психический мир субъекта, который дополняется самооценкой) и чистое "Я" (мыслящий человек). Проблема "образ-Я" была предметом анализа разных психологических школ фрейдизма и неофрейдизма, понимающей, гуманистической психологии и т.п.

В отечественной психологии эта проблема выступает уже у Л. Грота, И. М. Сеченова, который увязывал проблему "Я" с "теплыми чувствами", интерорепциями. Была показана зависимость физического образа "Я" от многих моментов, особенно самооценки, оценки других (И. С. Кон, А. А. Бодалев, С. Л. Рубинштейн и др.). С. Л. Рубинштейн прямо указывал на то, что проблема изучения личности "завершается раскрытием самосознания личности" [158, 676-677]. Ряд работ посвящен изменению "образа я" у психически больных (Р. Федери. С. Фишер и др.). Много исследований посвящено исследованию нарушения "Я" у больных шизофренией (Векович, Зоммер).

В работе Б. В. Ничипорова, посвященной этой проблеме, показано, что синдром дисморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются, нередко переживание своего мнимого уродства столь сильно, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом их самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего "Я", а на неприятие своего физического "Я".

Самый общий ответ на вопрос о природе данного явления мы находим у И. М. Сеченова [171], который подчеркивал роль мышечных ощущений в осуществлении движений тела и актов восприятия, указывал на существование "темных", нерасчлененных чувствований, исходящих из внутренних органов, создающих "чувственную подкладку" нашего "Я" и служащих основой самоощущения.

"Темные" интерорецептивные ощущения в силу своего постоянства и однообразия, а также индукционного торможения в связи с направленностью активности субъекта вовне обычно не осознаются, но являются необходимым фоном для нормального протекания всей психической деятельности. На основе этих ощущений ребенок в процессе развития научается выделять себя из окружающего мира.

И. М. Сеченов утверждал, что синтез ощущений, исходящих из внутренних органов чувств и так называемых внешних органов чувств, является стержнем формирования самосознания: "Человек беспрерывно получает впечатления от собственного тела. Одни из них воспринимаются обычными путями (собственный голос — слухом, формы тела — глазом и осязанием), а другие идут, так сказать, изнутри тела и являются в сознании в виде очень неопределенных темных чувствований. Ощущения последнего рода есть спутники процессов, совершающихся во всех главных анатомических системах тела (голод, жажда и пр.), и справедливо называются системными чувствами. У человека не может быть, собственно,

никакого предметного ощущения, к которому не примешивалось бы системное чувство в той или другой форме... Первая половина чувствований имеет, как говорится, объективный характер, а вторая — чисто субъективный. Первой соответствуют предметы внешнего мира, второй — чувственные состояния собственного тела, самоощущения" [171, 582-583].

В норме человеку не требуется доказательств принадлежности его тела собственной персоне и психических переживаний. В некоторых патологических случаях эта чувственная "подкладка" самоощущения нарушается, и как непосредственное знание может явиться чувство отчуждения, навязанности, внушенности собственных мыслей, чувств, действий.

Современный исследователь проблемы деперсонализации А. А. Меграбян [130], показывая несостоятельность объяснения данного психопатологического явления с позиций ассоцианизма, феноменологического направления, антропологической психологии, психоанализа, связывает его с расстройством особых "гностических чувств" — системных автоматизированных чувствований, слитых в нормальном состоянии с отражательным компонентом психических образов.

Гностические чувства, по А. А. Меграбяну [131], обнаруживают следующие свойства: 1) обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно- чувственной форме; 2) обеспечивают чувствование принадлежности психических процессов нашему "Я"; 3) включают в себя эмоциональный тон той или иной окраски и интенсивности.

Роль гностических чувств в познании и самопознании становится особенно ощутимой в случаях патологии, порождающей явления психического отчуждения [130, 131].

Нарушение гностических чувств может привести не только к расстройству самопознания, но и к личностным изменениям. Это убедительно показано в работе В. И. Белозерцевой [21]. На материале работ школы В. М. Бехтерева автор выявила, как измененное самоощущение в ходе отражательной деятельности больного мозга порождает новую для субъекта деятельность — деятельность самовосприятия. Эта деятельность в связи с постоянством необычных чувствований и их особой значимости для человека становится смыслообразующей, ведущей в иерархии других видов деятельности. Больные забрасывают свои прежние дела и ни о чем не могут думать, кроме собственных необычных состояний и причин их возникновения.

Многие истории болезни, приводимые в работах В. М. Бехтерева и его сотрудников, иллюстрируют, как стремление осмыслить результаты искаженного самовосприятия приводит больных к бредовой интерпретации своего состояния. В поисках воздействующих на них "врагов" больные наблюдают за поведением окружающих, анализируют взаимоотношения с ними, совершают реальные действия с целью "освобождения" от предполагаемого гипнотического воздействия и вновь анализируют свое состояние и поведение "врагов".

В ходе этой деятельности и реальных взаимоотношений с людьми бред воздействия на психическую сферу обрастает новыми и новыми подробностями, искажая восприятие окружающего и оказывая влияние на поведение и образ жизни больных, перестраивая систему их взаимоотношений с людьми, изменяя их личность.

В. И. Белозерцева заключает, что если у здорового человека самоощущение не имеет отношения к его личностной характеристике и осознанию себя в системе общественных отношений, то у больного оно может выдвинуть на передний план деятельность, до того не существовавшую или выступавшую лишь в качестве отдельных действий в системе других деятельностей, — деятельность самовосприятия. Независимо от личности (хочет того человек или нет) она становится смыслообразующей. Происходит сдвиг главного мотива на цель, нарушается характерная для здорового субъекта "отвязанность" иерархии деятельностей от

состояния организма. Биологическое в случае патологии начинает играть иную роль, нежели в жизнедеятельности здорового человека.

Это, конечно, не означает, что сама болезнь как биологический фактор детерминирует перестройку иерархии мотивов и самосознания. Мотив к деятельности самовосприятия порождается осознанием необычности, измененности ощущений собственных психических переживаний, активным отношением к ним. Следовательно, болезнь действует разрушающе на личность не непосредственно, а *опосредованно, через деятельность*, усвоенную в ходе социального развития человека.

Мы привели эти клинические данные, чтобы показать, что патологическое изменение психики, ее самосознания осуществляется, как и нормальное развитие, в онтогенезе, в практической деятельности субъекта, в перестройке его реальных взаимоотношений — в данном случае под влиянием развивающейся в ходе самовосприятия бредовой интерпретации своего состояния, затрагивающей место человека среди других людей.

Так, И. И. Чеснокова пишет, что материал клинических наблюдений расстройств самосознания, выражающийся в основном в синдроме деперсонализации, является фактическим обоснованием теоретических положений о самосознании как центральном "образующем" личности, связывающим воедино отдельные ее проявления и особенности.

Глава IV

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

1. ВВЕДЕНИЕ

Прежде чем перейти к анализу изменений личности, следует остановиться на некоторых принципиальных положениях общей психологии. Как известно, кризис эмпирической психологии привел в начале нашего века к новому взгляду на предмет и методы психологической науки. Исследования Л. С. Выготского, П. Н. Блонского, Б. Г. Ананьева, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева — в СССР, К. Левина, К. Бюлера — за рубежом были нацелены на поиски новых путей психологического исследования, а именно не на исследование отдельных процессов, а на системный целостный анализ психологической деятельности. Преодоление кризиса эмпирической психологии неминуемо также привело к проблеме строения и формирования личности, к проблеме сознания и деятельности. В своей книге "Проблемы общей психологии" С. Л. Рубинштейн прямо указывает, что введение в психологию понятия личности обозначает прежде всего объяснение психических явлений из реального бытия человека как реального существа, в его взаимоотношениях с материальным миром.

Как попытку преодолеть кризис традиционной психологии следует также рассматривать исследования в области дифференциальной, индивидуальной психологии, типологии. Однако, несмотря на рост этих исследований, было ясно, что не они раскрывают психологию личности. На это указывали в разное время С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, В. С. Мерлин и др. С. Л. Рубинштейн писал, что индивидуальные свойства личности — это не одно и то же, что личностные свойства индивида, т.е. свойства, характеризующие личность. О необходимости разделения понятия "индивид" и "личность" практически пишут все советские психологи: Б. Г. Ананьев, Б. Ф. Ломов, С. Л. Рубинштейн, Ш. А. Надирашвили, А. В. Петровский, В. А. Петровский.

Неправомерность подмены психологии личности исследованиями в области дифференциальной, типологической психологии была отмечена и зарубежными психологами (К. Левин. К. Роджерс, Г. Олпорт).

Пути исследования психологии личности намечены советскими психологами. Опираясь на марксистскую теорию о социальной природе психики, советская психология рассматривает личность как продукт общественно- исторического развития, беря за основу положения К. Маркса: "Какова жизнедеятельность индивидов, таковы и они сами" [1, 3, с. 119]. Исследования личности в советской психологии проводились в основном в двух аспектах. В одних исследованиях изучалось строение самой деятельности, мотиве" (А. Н. Леонтьев и сотр.) соотношения сознания и деятельности (С. Л. Рубинштейн и сотр.). К этой линии следует отнести работы В. Н. Мясищева, посвященные проблеме отношения, работы грузинской школы Д. Н. Узнадзе, Д. А. Прангишвили, а также исследования Б. Г. Ананьева.

Из зарубежных психологов строением мотивов, потребностных состояний занимались такие ученые, как К. Левин, Г. Олпорт, А. Маслоу.

Другая линия исследования личности — это путь формирования личностных особенностей, черт характера в процессе воспитания и обучения (А. В. Запорожец, Д. Б. Эльконин, П. Я. Гальперин). Сам педагогический процесс становится предметом изучения психологов (Л. И. Божович, Л. С. Славина, В. М. Неверович). В этих работах исследуются условия, под влиянием которых у детей формируются те или иные особенности личности.

Если в зарубежной психологии констатируется феноменология влияния социальных факторов на развитие ребенка, то в работах советских исследователей ставится вопрос об анализе самого процесса формирования этих особенностей, изучается его психологическая природа. В этих исследованиях делается попытка активно формировать эти особенности, т.е. личность изучается в процессе целенаправленного воспитания (работы А. F. Ковалева, А. Л. Шнирмана, А. А. Бодалева и др.).

Немало работ посвящено возрастным особенностям личности. Во всех этих исследованиях ставился вопрос о возникновении этических мотивов, умения действовать по моральным нормативам (Д. Б. Эльконин, Л. И. Божович, Л. С. Славина), развивается положение Выготского о том. что возникновение "внутренних инстанций" у ребенка является определенным личностным индикатором, возникающим на определенной возрастной ступени.

Особенно продуктивным оказалось при исследовании личности введение и развитие (А. Н. Леонтьев и его сотр.) понятий "личностного смысла" и "значения". В своей книге "Проблемы развития психики" А. Н. Леонтьев пишет, что "значение представляет собою отражение действительности независимо от индивидуального личностного отношения к ней человека" [110, 291]. Значение является обобщением действительности, фиксированным в слове: "Став фактором индивидуального сознания, значение не утрачивает своего объективного значения". А. Н. Леонтьев разли-чает "единицу" сознания, которая не совпадает со значением, — это "субъективный личностный смысл сознаваемого содержания". "Смысл, — пишет А. Н. Леонтьев, — создается отражающимся в голове человека объективным отношением того, что побуждает его действовать, к тому, на что его действие направлено, как на свой непосредственный результат. Другими словами, сознательный смысл выражает отношение мотива к цели" [110, 225]. Введение этого понятия является попыткой проанализировать сознательную активную деятельность субъекта. Разграничение понятий значения и личностного смысла позволило сделать предметом конкретного психологического анализа строение деятельности, строение потребностей человека, его мотивов. Оно дает возможность проследить динамику мотивов, их иерархическое построение. Особенно четко это сформулировано А. Н. Леонтьевым в докладе на XVIII Международном конгрессе психологов в Москве (1966 г.). "Смысл порождается не значениями, а отношением между мотивом действия и тем, на что действие направлено, как на свой прямой результат, т.е. его целью" [119, 9].

Указывая, что мотивы и цели могут изменяться, А. Н. Леонтьев подчеркивает, что цель, которая первоначально сама по себе не имела для субъекта побудительной силы, может приобрести ее и стать мотивом: происходит смещение мотива на цель, в результате чего действие превращается в самостоятельную деятельность. Изменение мотивов изменяет не значение действия, а их личностный смысл для человека.

Введение и вместе с тем разведение понятий смысла и значения позволяют преодолеть разрыв между сферой сознания, мышлением, и сферой мотивов, потребностей. Сам А. Н. Леонтьев так формирует эвристичность введения этого понятия: "Введение этого понятия позволяет преодолеть также и те психологические концепции, которые исходят из признания двух разных действующих друг на друга сфер. Одна — сфера сознательной мысли, сознания, другая — сфера потребностей и мотивов. Конечно, следует различать эти сферы. Они, однако, образуют единую структуру — внутреннюю структуру самого сознания" [111, 11].

За последние годы происходит развитие исследования вышеназванных положений: в теоретическом плане обращается внимание на функцию регуляции, саморегуляции [67; 68; 185]. Эта проблема оказалась связанной с проблемой смысловых систем [14 и др.]. Смысловые системы являются системой основных жизненных отношений личности. Они связаны с мировоззрением, ценностными представлениями, представлением о себе ("образом я"). А. Г. Асмолов правильно указывает, что центральной особенностью смысловых образований является их производность от социальной ситуации, позиции человека в обществе, от взаимодействия мотивов, заданных этой ситуацией, от совокупности деятельностей. Однако эти смысловые системы обладают и своим движением, "своей внутренней динамикой".

В нашей книге нет возможности останавливаться на всех направлениях, по которым происходит изучение личности. Следует отметить, что путь изучения самой структуры деятельности, мотивов, их иерархии и построения, и путь изучения их формирования являются основными аспектами исследований в области психологии личности.

Эти два аспекта являются генеральными путями исследования личности. Однако исследования последних лет как отечественной, так и зарубежной психологии показали плодотворность еще одного пути — анализа исследований патологически измененной личности.

Известно, что за последнее время возросла роль смежных научных дисциплин, пограничных областей знания, среди которых прочное место заняла экспериментальная патопсихология.

Будучи разделом психологической науки, патопсихология отправляется от ее основных положений: принципа детерминизма и принципа развития.

Эти принципы обязывают к изучению не изолированных ответных реакций человека на какой-нибудь стимул, а к исследованию качественного содержания психической деятельности, т.е. к анализу изменений действий, поступков, познания человека. На эту сторону исследования личности указывает С. Л. Рубинштейн, утверждая, что детерминизм в его правильном философском определении означает, что внешняя причина не определяет непосредственно реакции человека — она действует через внутренние условия. Внешнее воздействие, согласно С. Л. Рубинштейну, дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через сложившийся у него строй мыслей и чувств. В применении к конкретным патопсихологическим исследованиям это означает, что надо перейти от изучения распада отдельных функций к системному изучению изменений различных форм психической деятельности больного, в структуру которой включены и изменения личностных установок, мотивов человека, его переживаний, его отношения, самосознания и др.

К такому же выводу приводят положения советской материалистической психологии о генезе психических процессов. Само формирование этих процессов невозможно без участия личностного компонента. Указывая, что психические процессы складываются прижизненно, А. Н. Леонтьев подчеркивает, что формирование это происходит в процессе усвоения мира предметов и явлений, созданного человеком. Он указывает, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий формирования психических функций. Основное же условие их формирования — это овладение миром предметов и явлений, созданных человечеством. Этот процесс овладения является процессом активным. Чтобы мир предметов открылся ребенку, последний должен осуществлять активную деятельность в общении с другими людьми. Ребенок вводится в этот мир окружающими людьми.

Следовательно, важнейшим условием овладения, усвоения мира является наличие отношений с другими людьми. Сложная психическая деятельность является изначально общественно обусловленной, она формируется в освоении мира, в общении с другими людьми, с которыми ребенок находится в определенных отношениях, вызывая его эмоциональные переживания.

Эти отношения определяются конкретно-историческими условиями, но, сложившись, они сами определяют поступки и действия человека. В процессе овладения миром возникают общественные потребности, мотивы и интересы ребенка, формируется его личность. С развитием человеческого общества способы удовлетворения этих потребностей, по выражению К. Маркса, "все более очеловечиваются". Появляются новые, более высокие потребности, дифференцируются и трансформируются уже образовавшиеся.

Разрушая психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к изменению именно личностного компонента. Происходит формирование новых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание и иерархия, переживания. Образуется некая модель формирования потребностей, мотивов (пусть даже патологических).

Исследованиям распада психики придавал большее значение Л. С. Выготский. При построении своей теории о высших психических функциях, в своей дискуссии с К. Левиным он часто опирался на данные из области патологии.

Материал патологии послужил Л. С. Выготскому основанием для построения своего учения о высших психических функциях, для анализа их психологической структуры, для проблемы первичных и вторичных симптомов.

Не случайно ряд зарубежных ученых, создавших психологические теории личности (К. Роджерс, Г. Олпорт и др.), были либо психиатрами, концепции которых складывались в процессе психотерапевтической практики, либо исследователями, привлекавшими для своей теории данные патопсихологии.

Изучение измененной работоспособности, исследования, посвященные восстановлению нарушений психической деятельности, изучение факторов и условий, способствующих ее восстановлению, данные всех этих исследований оказываются весьма полезными для многих положений общей психологии.

Найти четкие определения для психологической характеристики нарушений личности трудно. Как известно, психология занимает самостоятельное место "на стыке" между общественными и естественнонаучными дисциплинами. Это ее положение обусловлено объективными закономерностями. Следовательно, всякие попытки избрать для нее либо то, либо другое русло носят порочный характер.

Изменения личности неизбежно связаны с изменением основных ценностей, общественных установок и стремлений человека, его самооценки и находятся не в прямой, а в очень сложной и опосредованной зависимости от нарушений центральной нервной системы. При анализе этих нарушений возникает опасность смешения психических и биологических категорий. Такое смешение неизбежно приводит к завуалированным, но тем более опасным тенденциям биологизации психологических и социальных явлений. Соскальзывание психологических исследований на путь прямого сопоставления анатомических поражений с различными описаниями изменений поведения может привести к утере предмета собственно психологического исследования.

Попытка изучать нарушения психики в отрыве от мозга, игнорировать конкретный клинический материал, показывающий нарушения психической деятельности в связи с болезнями и изменениями физиологического состояния мозга, была бы идеалистической. Уже И. М. Сеченов делает попытку вскрыть физиологическую основу психических процессов и развивает материалистическую теорию психологии. Он показывает, что без внешнего чувственного раздражения невозможно себе представить существование какой бы то ни было психической деятельности.

Для современной советской психологии, основывающейся на теории марксизма, всякие попытки принизить общественную природу человеческой психики, попытки вывести содержание сознания и идейную направленность человека из деятельности его мозга являются необоснованными. Сознание человека, его отношение к реальной действительности зависят от образа его жизни, от способа удовлетворения его потребностей. В зависимости от условий жизни, общественной и трудовой деятельности меняются идеи, представления, намерения и стремления человека. Здесь применимы слова К. Маркса о том, что "сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений" [1, 3, 3].

Таким образом, содержание сознания, т.е. то, как человек понимает явления окружающего мира, как он относится к ним, к чему стремится и чем руководствуется в своем поведении, зависит от его жизнедеятельности. Мозг — это тот орган, который осуществляет эту связь с внешним миром.

В современной американской и западноевропейской психологии имеет место иное понимание содержания сознания и его роли в деятельности человека. Представители одного направления пытаются доказать, что ведущими силами поведения, которым подчиняется сознание, являются изначально заложенные в глубинах психики биологические инстинкты (фрейдизм). Представители другого направления вообще отрицают существование сознания, рассматривая человека как автомат, слепо реагирующий на раздражения окружающей среды (бихевиористы). С разных сторон те и другие теории стремятся принизить роль сознания.

Важно отметить, что признание роли "социальной среды" еще недостаточно для правильного понимания природы человеческого сознания. Как известно, педология также признавала "влияние социального фактора", но рассматривала его как некоторую "внешнюю силу", "взаимодействующую" с другой силой — с задатками ребенка. Такое понимание вело к игнорированию реального развития сознания ребенка в процессе обучения или человека в процессе его жизнедеятельности, иначе говоря, к забвению учения Маркса о развитии человеческих потребностей. Основные положения этого учения изложены А. Н. Леонтьевым:

"Человек сначала работает, чтобы есть, затем ест, чтобы работать; труд становится из необходимости добывания средств для существования первейшей духовной потребностью человека. Будучи мотивом, источником деятельности, потребности оказываются также ее результатом. Это значит, что деятельность человека, которая была раньше средством достижения какой-нибудь цели, может в дальнейшем стать его потребностью.

История развития, усложнения или возвышения духовных потребностей человека является историей развития его индивидуального сознания. Ведущие, социальные потребности конкретного человека — это и есть то, что определяет, мотивирует, формирует систему его поступков, действий, отношений" [110].

При рассмотрении нарушений личности нельзя, разумеется, игнорировать всю эту содержательную сторону психики человека, т.е. сознания и направленности личности. Клиническая практика обнаруживает несомненные качественные нарушения всех этих образований при некоторых поражениях головного мозга. Однако найти правильную систему понятий для анализа этих нарушений, как мы уже указывали, трудно. Мы не ставим себе целью разрешения этой задачи. На данном этапе развития психологии важна уже сама постановка ее. Во всяком случае можно отбросить некоторые, безусловно, ложные представления. К их числу относятся в первую очередь попытки связать асоциальное поведение больных непосредственно с поражением коры.

Наряду с такими явно механическими построениями существуют также более тонкие, завуалированные. Было бы, например, ошибочно и упрощенно представить дело так, что поражение какого-нибудь участка мозга непосредственно ведет к изменению социальных установок больного человека. Точно так же неправильно представить себе, что механизмом нарушений личности являются только причины социальные (семейный конфликт, фрустрация, стрессовая обстановка, экстремальные условия).

Дело обстоит значительно сложнее: социальные и биологические механизмы нерядоположенны и не противостоят друг другу. При нарушениях личности, при невротических состояниях происходит переплетение факторов, механизмы появления одного и того же психопатологического синдрома неоднозначны. Как указывалось выше, формула С. Л. Рубинштейна о том, что внешние причины действуют через внутренние условия (куда включалось и нарушение центральной нервной системы), объясняет многое в нарушении личности. Однако в процессе жизнедеятельности человека соотношение причин и условий меняется, первичные и вторичные синдромы, о которых говорил Л. С. Выготский, переплетаются и меняются местами. Нарушение личности происходит и потому, что человек с больной центральной нервной системой живет по требованиям и нормам, предъявляемым здоровым людям.

Нарушение личности является сложнейшим пластом, где переплетаются измененные или пораженные патологические мотивы, нарушения целеполагания, меняется эмоциональное отношение к миру, к другим людям и себе, где выступают компенсаторные, адекватные и неадекватные механизмы, меры защиты, осознаваемые и неосознаваемые.

Распутать и точно определить значение и место всех этих факторов, дать обоснованную строгую классификацию нарушений личности, указать, где кончается определенная мера компенсации или защитного механизма и вступает новая, представляется на данном этапе развития нашей науки трудным, тем более что болезненный процесс меняет динамику нарушений иногда на определенное время, иногда приводит к стабильным изменениям личности.

Однако, несмотря на эти сложности, теоретические и экспериментальные исследования, проводимые патопсихологами, непосредственное участие в психологической службе, в медицине позволяют сделать попытку дать некоторую классификацию (пусть даже не совсем несовершенную) этих нарушений. При этом надо помнить положение К. Маркса о том, что если "человек есть продукт общественных отношений", то изменившийся человек есть продукт изменившихся отношений.

Прежде чем перейти к описанию разных форм нарушений личности, мы хотели бы очертить стратегию патопсихологического эксперимента, направленного на исследование изменений личности.

---

2. ПУТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

В гл. II были описаны принципы построения патопсихологического исследования. В данном параграфе мы остановимся на экспериментальных путях исследования личности.

Прежде всего следует отметить, что исследование нарушений личности не носит однозначного характера. Оно может выражаться в анализе изменений строения мотивов, их иерархии, их смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушения общения, самоконтроля и саморегуляции в анализе формирования новых патологических мотивов и потребностей. Остановимся на 2 принципиальных положениях.

Первое . Многочисленными исследованиями в области нарушений личности показано, что именно практика медицины, особенно психоневрологии, оказалась плодотворной при разрешении многих вопросов психологии личности, ибо, как сказал еще в XIX в. В. К. Кандинский, болезнь есть та же жизнь, текущая по тем же закономерностям, что и нормальная, но только в измененных условиях. Следует отметить, что, проводя исследование в области даже частных вопросов аномальной психологии личности, мы неминуемо наталкиваемся на ряд серьезных методологических проблем. Назовем лишь некоторые из них, на которых мы остановимся подробнее в гл. V и VI.

1. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики человека.
2. Проблема приобретенного и врожденного в формировании личности.
3. Проблема индивидуальных свойств личности.
4. Проблема условий порождения аномальных мотивов и потребностей и многие другие.

Конечно, мы все исходим из положений марксистской философии о том, что сущность человека определяется общественными отношениями, что системный деятельный подход необходим при разрешении любых частных вопросов в области психологии личности. Однако разные психологические направления по-разному решают, что же является тем центральным звеном, которое подлежит исследованию при исследовании изменений личности.

Второе , на чем следует остановиться, это вопрос о принципах построения так называемых личностных методик. Нередко забывается, что за любым методом всегда стоит методология, мировоззрение, теоретическая мысль самого ученого, создавшего ту или иную методику. Если З. Фрейд применял метод толкования сновидений, оговорок, то он это делал потому, что предполагал, что человеческие переживания, действия детерминируются бессознательными силами, которые антагонистичны сознанию, и что они должны проявиться в символах. Если А. Н. Леонтьев применял метод опосредованного запоминания, то он исходил из положения, что психические процессы опосредованы по своей структуре.

Поэтому методологически необоснованно, когда пытаются с помощью какого-нибудь *одного метода*, за которым часто стоит чуждая нам методология, разрешать вопросы психологии личности.

При патопсихологическом исследовании личности перед психологом стоит сложнейшая задача; в ней можно разобраться, лишь давая ответ на определенный, заданный жизненной практикой вопрос. Исследователь должен себе ясно представить, что следует в каждом

конкретном случае исследовать. Надо найти возможность распутать этот сложнейший клубок диалектических противоречий — мотивов, установок, ценностей, конфликтов, который мы называем личностью. Поэтому любая задача, относящаяся к проблеме личности, — будь то теоретическая или практическая — требует глубокого методологического подхода, который должен стоять за применяемыми методами.

Между тем решение этой проблемы нередко упрощается тем, что исследователь нацеливается не столько на анализ изучаемого явления, сколько на поиски некоего экспериментального метода, который смог бы, как рентген, "высветить" личность в целом.

Одни считают, что для этого надо найти метод, который позволит выявить типы людей, и что установление типологии, классификации людей поможет разрешить не только теоретические вопросы, но и практические, например выявить типы людей, пригодных для руководящей работы в промышленности, транспорте, даже прогнозировать асоциальное поведение.

Другие видят панацею в выявлении акцентуированных личностных установок: третьи ожидают точного ответа от прожективных методик, считая, что процесс идентификации испытуемого с "героем" картины раскроет центральное звено в личности. Многие видят разрешение задач, касающихся психологии личности, в выявлении множества черт и их корреляции (Кэттел). Существует также представление о том, что только математическая формализация данных эксперимента раскроет психологическую реальность живого человека.

Именно поиски некоего метода, с помощью которого можно узнать всю личность, разрешить ее сложнейшие жизненные задачи и конфликты привели к тому, что методики стали жить как бы своей самостоятельной жизнью.

Думается, что подобная точка зрения иллюзорна и принципиально методологически неоправданна. Получается странное в методологическом отношении положение: утверждая, декларируя, что психические процессы, психическая деятельность формируются прижизненно, психолог направляет свои усилия на поиск метода, который установил бы личность в целом, раз и навсегда данную.

Если мы не будем помнить о методологии эксперимента, то соберем лишь эмпирические факты и уподобимся, по меткому выражению Гордона Олпорта, "всаднику без головы", скачущему за фактами и собирающему их в мешок.

При изучении изменений личности данные, полученные с помощью методик, следует анализировать в связи с исследованием жизни человека. Нельзя на основании данных какой-либо одной методики ответить на вопрос профпригодности, нельзя ответить на суровые вопросы, которые ставит судебная или трудовая экспертиза, или рекомендовать пути психокоррекции.

К исследованию личности особенно применимы принципы, указанные в гл. II. Это происходит по двум причинам: во-первых, психолог, работающий в клинике, в диспансере, имеет возможность ознакомиться с объективными данными жизненного пути человека до его заболевания, с его поведением в отделении, со способом его общения с другими больными, с персоналом, поведением больного в трудовой ситуации, т.е. патопсихолог должен ознакомиться с *этапами жизни* больного объективным способом, а не с его слов.

Именно знание прошлого жизненного пути, прошлых забот и ценностей сидящего перед вами человека часто определяет выбор методических приемов для исследования его личностных особенностей.

Во-вторых, *сам патопсихологический эксперимент, направленный на решение практических задач*, является *совместной* работой. общением экспериментатора и испытуемого. В этой

ситуации экспериментатор сам решает задачу. Например, у больного при исследовании познавательной деятельности выявилась тенденция к использованию латентных признаков. А отношение к экспериментатору и эксперименту, способы общения были адекватными. Тогда экспериментатор должен решить, чем вызваны несоответствия вышеописанных особенностей: нецеленаправленностью больного, наступившей психической истощаемостью или другим. И тогда следует решить, как строить эксперимент дальше, какие методики предъявлять. Ситуация эксперимента *напоминает ситуацию шахматной игры*.

Выше мы говорили о том, что предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, позиция экспериментатора, его замечания вызывают реальное переживание, реальное эмоциональное состояние у него. Иными словами, патопсихологический эксперимент обнажает реальный пласт, по выражению Политцера, сегмент "драмы" личности. Это специфика эксперимента в нашей отечественной патопсихологии.

Исследования частных вопросов нарушений личности как нарушения соотношения уровня притязаний и самооценки, соотношения смыслообразующих и действенных функций мотивов должны проводиться не путем *срезового* исследования, а в соотношении с реальной динамикой жизни данной личности, ибо *личность есть всегда формирующаяся, развивающаяся система*.

Патопсихологическое исследование личности всегда нацелено на исследование конкретного человека, он помогает экспериментатору выявить, по каким мотивам совершено антисоциальное действие, как мог человек, высоко стоящий на лестнице ценностных ориентаций (актер, ученый), стать, например, алкоголиком. Патопсихологический эксперимент является особым видом деятельности, которая отражает реальные жизненные позиции больного.

По своей сути эксперимент в области патопсихологии личности всегда касается определенного человека при определенных условиях. Не случайно, что исследования наших сотрудников, направленные, казалось бы, на анализ нарушений психических процессов (нарушения памяти — Л. В. Петренко, нарушения восприятия — Е. Т. Соколова, нарушения мышления — Т. А. Тепеницына, М. М. Коченова, В. В. Николаева), наши собственные *выявили в их структуре личностную детерминацию*.

В этой связи думается, что разделение методик на "личностные" и "не личностные" условно. Конечно, существуют методики, более нацеленные на исследование личности (например, проективные методики более нацелены на это, чем складывание куба Линка), но принципиально и складывание куба Линка может выявить личностные особенности человека, например, в ситуации судебной экспертизы.

Еще в 50-е гг. С. Я. Рубинштейн и С. Д. Калашник указывали на характерную особенность поведения психопатов, симулирующих при прохождении экспертизы на интеллектуальную недостаточность. Эта особенность заключается в "двухактном решении задач": больной вначале "загорается" решением, "мотив экспертизы" еще не сформировался, а потом, как бы спохватившись, начинает решать неправильно, что свидетельствует о недостаточности критичности.

Таким образом, методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности заключаются в том, что эксперимент позволяет формировать особую форму деятельности, в которую включены главнейшие индикаторы деятельности (системного) подхода к личности: мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция, критичность. Патопсихологический эксперимент направлен на анализ индивидуальной личности, а не на выделение отдельных черт.

В этой связи хотелось бы напомнить о работах Б. М. Теплова, которые показали, что нет однозначных отношений между типологическими особенностями нервной системы и поведением человека. Б. М. Теплов говорил о том, что свойства нервной системы делают *некоторые формы поведения лишь более вероятными, что сложность факторов, опосредующих эту зависимость, настолько велика, что уверенное прогнозирование поведения по параметру типологии почти невозможно*.

Известно, что в ситуациях, разных по своей субъективной "значимости" (Ф. В. Бассин), по их смысловой мотивации люди, сходные по своему физиологическому типу, проявляют себя по-разному. Это показал, между прочим, и опыт Великой Отечественной войны. Люди так называемого слабого типа, неуверенные в себе, проявляли чудеса героизма.

Об этом, в сущности, говорит и П. Б. Ганнушкин, сторонник конституционализма. "Один параноик, — пишет он, — окажется признанным ученым, а другой — душевнобольным; один шизоид — всеми любимый музыкант, поэт, другой — невыносимый бездельник. Все дело в клиническом, т.е. *жизненном, выявлении* психопатии, *которое является определяющим жизненную практическую сторону дела*". Следовательно, не сам тип является зерном личности, а тот путь, который избрал человек, те мотивы, которые движут его поступками, то, как он сам регулирует свое поведение.

Экспериментально-психологические исследования патологии деятельности и личности могут идти в разных направлениях.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время намечаются два направления: использование опросников, анкет и экспериментальный путь исследования. Мы останавливаемся в данной работе на последнем пути, т.е. экспериментально-психологическом, который сочетается с анализом данных истории болезни. Но и сами экспериментально-психологические исследования патологии личности могут идти в разных направлениях.

Одним из путей исследования патологии личности является наблюдение над общим поведением больного во время эксперимента. Даже то, как больной "принимает" задание или инструкцию, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных проявлений. Любое экспериментально-психологическое задание может явиться индикатором эмоционально-волевых, личностных особенностей.

При любом исследовании должно быть учтено это отношение личности, совокупность ее мотивационных установок. Это положение было высказано В. Н. Мясищевым еще в 30-х гг. Он указывал на существование двух планов отношений: отношения, созданного экспериментатором, и отношения, порождаемого самой задачей.

Отношение к ситуации эксперимента выступает в клинике нередко в особо обостренной форме. Многими больными ситуация эксперимента воспринимается как некое испытание их умственных способностей, иногда больные считают, что от результатов исследования зависит срок, пребывания в больнице, назначение лечебных процедур или установление группы инвалидности. Поэтому сама ситуация эксперимента приводит у сохранных больных к актуализации известного отношения. Так, например, некоторые больные, опасаясь, что у них будет обнаружена плохая память, заявляют, что "память у них всегда была плохая". В других случаях они говорят о том, что всегда отличались рассеянностью. Поэтому предъявление любого задания, даже несложного, может вызывать в ситуации эксперимента личностную реакцию.

Особенно четко выступает обостренное отношение больного к экспериментальной ситуации в клинике экспертизы (трудовой, судебной). Одни больные (в условиях трудовой экспертизы) нередко пытаются продемонстрировать сохранность своих трудовых возможностей, другие же, наоборот, заинтересованы в том, чтобы проявить свою трудовую несостоятельность. Еще

резче может проявиться подобное отношение больного в условиях судебно- психиатрической экспертизы, когда у ряда больных может возникнуть "установка на болезнь". В этом случае ведущим мотивом является стремление проявить свою интеллектуальную несостоятельность, т.е. не решить задачу. Этот мотив вступал в конфликт с адекватно действующим мотивом, исходящим из самой задачи. В результате интеллектуальное действие больного оказывается, как мы указывали ранее, сложным, двухактным, но структурно сохранным.

В других случаях актуализируется отношение, порождаемое самой задачей. Но и это порождаемое задачей отношение не является однослойным; иногда возникает "деловое" отношение к задаче, выполнение ее обусловливается познавательным мотивом: само задание может заинтересовать испытуемого своим содержанием, оно приобретает для него какой-то смысл. Иногда же отношение, порождаемое заданием, носит иной характер: задание может приобрести мотив самопроверки, самоконтроля. В таких случаях задание актуализирует известный уровень притязаний личности и может явиться как бы объективированным для личности мотивом его решения. Эта мотивированность нередко мобилизует сохранные ресурсы личности. Поэтому может оказаться, что у некоторых личностно сохранных, но астенизированных и истощаемых больных условия эксперимента стимулируют активность и способствуют частичному преодолению истощаемости. В результате поведение таких больных в эксперименте может оказаться более сохранным, чем в обычной жизненной ситуации. Такие явления наблюдались у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, которые в ситуации эксперимента могли выявить лучшую интеллектуальную продукцию, нежели в профессиональных условиях.

Мы не раз убеждались, что наблюдения за больными, выполняющими самые простые задания, могут оказаться полезными для учета их отношения. Так, например, одни больные, выполняя задания, направленные на исследования комбинаторики (складывание кубиков Кооса, куба Линка), не обнаруживают эмоциональных реакций при ошибочных действиях. Они не реагируют на замечания экспериментатора, указывающего на ошибки. У других больных появление ошибочных решений вызывает раздражительность, часто такой больной прерывает работу, не доводя ее до конца, разбрасывает кубики.

Подобное поведение мы наблюдали у психопатов и у больных, в состоянии которых отмечаются симптомы раздражительной слабости, астении, хотя в этих случаях двигательная реакция не столь сильно выражена. У детей в состоянии глубокой астении затруднения при выполнении задания вызывают нередко депрессивные реакции, слезы.

Наблюдения за поведением испытуемого во время эксперимента дают также возможность судить о критичности больного, о степени его самоконтроля. Иногда бывает и так, что больной в процессе экспериментальной работы впервые осознает свою умственную недостаточность и соответствующим образом реагирует на нее.

Следовательно, поведение и высказывания больного, его реакции на ситуацию эксперимента могут послужить материалом для анализа его личностных проявлений. В известном смысле любой экспериментальный прием содержит в себе характеристику "прожективности".

Другой методический путь исследования изменений личности — это путь опосредованного выявления изменений личности с помощью эксперимента, направленного на исследование познавательных процессов. Этот путь кажется вполне правомерным и оправданным, ибо познавательные процессы не существуют оторванно от установок личности, ее потребностей, эмоций. Касаясь мотивов и побуждений мышления, С. Л. Рубинштейн отмечает, что это "по существу, вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс".

Далее нами будут описаны разные формы дезорганизации познавательной деятельности, которые обусловлены не изменением интеллектуальных логических операций, а мотивационными нарушениями.

В настоящем параграфе хотелось бы лишь указать на правомерность подобного опосредованного пути изучения личности.

Процесс актуализации ассоциаций, представлений не является каким-то самодовлеющим процессом, не зависящим от строения и особенностей личности. Развивая сеченовскую идею о детерминации психического, С. Л. Рубинштейн говорит, что внешняя причина преломляется через "внутренние условия". Следовательно, есть все основания думать, что процесс оживления того или иного круга представлений, ассоциаций связан, как и всякий психический процесс, с "внутренними условиями", т.е. с установками, отношением, потребностями личности.

Об этом свидетельствуют исследования советских психологов, работающих в области педагогической психологии. Так, работами Л. И. Божович [40] и Л. С. Славиной [172] показано, что неуспеваемость многих детей в школе была обусловлена не нарушением их познавательных процессов, а измененным отношением детей, их измененной позицией в коллективе.

Резюмируя, можно сказать, что анализ "стратегии" любого познавательного процесса будет неполным, если не будет учтена личностная направленность субъекта. Ибо, говоря словами Л. С. Выготского "...как только мы оторвали мышление от жизни и потребностей, мы закрыли сами себе всякие пути к выявлению и объяснению свойства и главнейшего назначения мышления — определять образ жизни и поведения, изменять наши действия" [51]. Поэтому правомерно ожидать, что выполнение любого экспериментального задания, направленного, казалось бы, на исследование познавательной деятельности, может принципиально дать материал для суждений о личностных установках больного.

Путь опосредованного изучения личности не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение модели человеческой деятельности (а приемы экспериментально-психологического исследования являются таковыми) включает в себя и отношение человека. Исследованиями Э. А. Евлаховой показано, что даже столь простое задание, как описание несложного сюжета картины, зависит от уровня эмоциональной сферы испытуемого. Было обнаружено, что у детей с поражением лобных долей мозга имел место недоучет эмоционального выражения персонажей, в результате чего содержание картины оставалось нераспознанным [59].

Нарушение эмоционального отношения с особой четкостью выступило при описании таких картинок, осмысление которых опирается преимущественно на физиогномию изображенных персонажей. Для этой цели Н. К. Киященко [82] были применены картинки так называемого "производственного" ТАТ Хекхаузена. Испытуемому предлагалась "глухая" инструкция: "Я вам покажу картинки, посмотрите на них и расскажите, что здесь нарисовано". Только после выполнения задания ставился вопрос о том, что дало испытуемому основание для того или иного описания.

Данные исследования Н. К. Киященко показали, что здоровые испытуемые подходили к заданию с общей направленностью на выяснение содержания картинки. Эти поиски — определение сюжета картины — проводились с опорой на позу и мимику изображенных персонажей. Как правило, при выполнении этого задания здоровые испытуемые выявляли собственное отношение к изображенным событиям и лицам.

Совершенно иные результаты получены Н. К. Киященко при исследовании с помощью этой методики больных шизофренией (простая форма). В отличие от здоровых людей у больных

этой группы отсутствует направленность на поиски правильной интерпретации. В ответах больных содержится лишь формальная констатация элементов картины: "двое людей", "сидит человек в кресле", "разговор двух людей" либо обобщенная характеристика: "отдых", "минута молчания". Больные не выражают, как правило, своего отношения к изображенной ситуации.

Данные исследования больных эпилепсией обнаружили иные показатели; склонность к детализации, к чрезмерному "морализированию", к гипертрофированным оценочным суждениям — "отец обязан поучать сына".

Таким образом, исследование Н. К. Киященко показало, что восприятие картины с неопределенным сюжетом способно выявить динамику мотивационной сферы человека, его отношения. Однако, для того чтобы это было выявлено, необходимо, чтобы ситуация эксперимента и стратегия экспериментатора возможно глубже способствовали формированию отношения больного.

Как мы говорили выше, любая экспериментальная ситуация вызывает отношение испытуемого (поэтому и возможен путь опосредованного исследования его личностных реакций), однако существуют методические приемы, представляющие собой непосредственно модели жизненных ситуаций, обостренно вызывающих отношение испытуемого. К ним следует отнести систему методов Курта Левина.

Как известно, К. Левин — представитель немецкой школы гештальтпсихологии — один из первых сделал предметом психологического исследования потребностную и мотивационную сферы человека. В противовес современной ему эмпирической психологии функций К. Левин считал, что источником человеческого поведения, мышления являются не ассоциации, а потребности. Под потребностью Левин подразумевает не биологические влечения, а психологические образования (квазипотребности), которые возникают в связи с принятыми намерениями и целями человека. При этом он подчеркивал, что эти цели и намерения стоят по своим динамическим свойствам в одном ряду с "истинными" потребностями, что именно они (квазипотребности) специфичны для человека.

В учении Левина о потребностях поставлен вопрос о связи между потребностью и предметом. Он показал, что человек всегда существует в определенной конкретной ситуации (в его терминологии — в "психологическом поле"). Предметы, явления "психологического поля" всегда выступают в каком-то отношении к потребностям человека: они выступают как средства их удовлетворения. Поэтому каждая вещь окружающего "поля" приобретает либо положительную, либо отрицательную валентность в отношении поведения, деятельности человека. В терминологии К. Левина, она (вещь) приобретает для человека "положительный или отрицательный" побудительный характер. К. Левин указывал на динамичность этих отношений, на то, что любое действие человека меняет "соотношение сил в ситуации" и по-новому определяет поведение человека.

Поэтому всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека и окружающей ситуации. (Это может быть отношение к экспериментатору, отношение к предлагаемым задачам, наличие определенной самооценки и др.) Левин подчеркивал, что человек всегда включен в окружающую его ситуацию, сама среда должна рассматриваться в ее отношении к действующему, человеку. Характер этих отношений динамичен, зависит от структуры потребностей человека.

Однако проблему строения и формирования потребностей как двигателя человеческой деятельности Левин разрешает с идеалистических позиций гештальтпсихологии. Потребность означает для Левина некую внутрипсихическую "динамическую напряженную систему", стремящуюся к разрядке. В разрядке этой "напряженной" системы и состоит, по Левину, удовлетворение потребности. Левин не видел общественно-трудовой обусловленности потребностей, он игнорировал их содержательный характер. Точно так же само понятие

"психологическое поле" не означало для него реального объективного окружения, оно являлось феноменальным миром, который выступает по существу отражением тех же напряженных систем. Раскрытие структуры динамических напряженных систем и их взаимоотношения с "психологическим полем" и должно, по мнению Левина, явиться объяснением волевого действия.

В этом взгляде на природу волевого действия, которое является краеугольным камнем учения Левина, с особенной отчетливостью выявляются идеалистические взгляды Левина. Точно так же, как он не видел общественной обусловленности потребности, он не усмотрел и того, что волевое действие, хотя оно и связано в своих истоках с потребностями, не вытекает непосредственно из них, а опосредуется сознанием человека.

Исчерпывающая критика теории К. Левина дана Л. С. Выготским в его статье "Проблема умственной отсталости". Несмотря на то что эта статья посвящена частной проблеме — умственной отсталости, в ней содержится критический анализ теории К. Левина в целом. Указывая на положительные моменты теории К. Левина, а именно провозглашение единства интеллекта и аффекта, признание динамической природы этого единства, Л. С. Выготский подчеркивает, что эта проблема "ставится и разрешается вне идеи развития" [50, 464]. Л. С. Выготский справедливо упрекая К. Левина в том, что возможность образования любых намерений и соответствующих им динамических потребностей является спецификой человеческой психики, тут же замечает: "Разумеется, что сам по себе более высокий интеллект, которым обладает человек по сравнению с животным, не имел бы никакого реального значения в жизни и истории человека, если бы он не был связан с совершенно новыми возможностями деятельности, да и сам интеллект человека не мог бы развиваться вне условий специфически человеческой деятельности, в частности вне труда. Но величайшим заблуждением Левина является противопоставление свободы, которой человек обладает в отношении действия, человеческому мышлению. Мы знаем, что "свобода воли есть не что иное, как осознанная необходимость, как господство над природой" [50, 474] и дальше: "...мышление и аффект представляют собой части единого целого– человеческого сознания" [50, 475].

Несмотря на указанные методологические ошибки К. Левина, заслуга его велика, так как он показал возможность экспериментального исследования мотивов человеческого поведения в их динамике и соотношении с внешней ситуацией. Как правильно отмечает Л. И. Божович, "исследования Левина открыли для психологов целую систему интереснейших проблем, позволяющих экспериментально раскрывать глубочайшие структурные соотношения, существующие не только между личностью и средой, но и внутри самой личности" [40, 101].

Именно поэтому оказалось, что система экспериментальных приемов К. Левина позволяет раскрыть структуру личностных образований и особенностей. Эти приемы экспериментально вскрыли некоторые реальные слои человеческой личности и тем самым дали возможность осмыслить полученные данные с позиций современной советской психологии. К ним применимы слова С. Л. Рубинштейна о том, что результат исследования, вскрывающий какие-либо существенные зависимости исследуемой области знаний, превращается в метод, в инструмент дальнейшего исследования.

Экспериментальные приемы К. Левина и его сотрудников стали широко применяться в детской психологии и патопсихологии. Одними из первых психологов, начавших применять приемы школы Левина при исследовании душевнобольных, были В. Н. Мясищев и его сотрудники (К. М. Кондратская, Р. И. Меерович и др.). При этом они существенно изменили характер заданий, которые были предложены больным. Оказалось, что само содержание задачи не было безразличным для выявления того или иного отношения больного.

В настоящем параграфе мы хотим описать наиболее часто применяемые методики, к которым относятся прежде всего различные варианты исследования "уровня притязаний".

Исследования в этой области впервые были начаты сотрудником К. Левина Ф. Хоппе. Методика состояла в следующем: испытуемым предлагается ряд заданий (от 14 до 18), отличающихся по степени трудности. Все задания нанесены на карточки, которые расположены перед испытуемыми в порядке возрастания их номеров. Степень трудности задания соответствует величине порядкового номера карточки.

Исследования Ф. Хоппе показали, что, как правило, испытуемые выбирают после успешных решений задания более сложные и, наоборот, после ряда неудачных решений обращаются к заданиям более легким. Качество выполнения задания влияет на выбор следующего задания.

Задания, которые предлагаются испытуемому, могут быть по своему содержанию весьма различны в зависимости от образовательного уровня и профессии испытуемых. Например, испытуемым школьникам или студентам технических вузов можно предлагать математические задачи, студентам гуманитарных факультетов — задачи, требующие знаний в области литературы, искусства, задания типа головоломок. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать общеобразовательному уровню испытуемых. Только при этом условии у них вырабатывается серьезное отношение к ситуации эксперимента, создается ситуация выбора.

Карточки с заданиями раскладываются перед испытуемым в два ряда. Ему дается следующая инструкция: "Перед Вами лежат карточки, на обороте которых написаны задания. Номера на карточках означают степень сложности заданий. Задания расположены по возрастающей сложности. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое Вам не известно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если Вы не уложитесь в это отведенное время, я буду считать, что задание Вами не выполнено, и ставлю минус. Если уложитесь в отведенное Вам время — ставлю Вам плюс. Задания Вы должны выбирать сами". Таким образом, испытуемому дается право самому выбирать сложность задания, т.е. ставить цель.

Экспериментатор может по своему усмотрению увеличивать или уменьшать время, отведенное на выполнение задания. тем самым произвольно вызывать у испытуемого переживание неудачи или удачи, показать, что задание выполнено правильно, либо, ограничивая время, опровергнуть результаты. Только после оценки экспериментатора испытуемый должен выбрать другое задание, более сложное или более легкое. Анализ экспериментальных данных показал, что выбор задания (по степени трудности) зависит от успешного или неуспешного выполнения предыдущего. Однако само переживание успеха и неуспеха зависит от отношения испытуемого к цели. Испытуемый всегда начинает работать с определенными притязаниями и ожиданиями, которые изменяются в ходе эксперимента. Совокупность этих притязаний, которые перемещаются с каждым достижением, Хоппе называл "уровнем притязаний человека". Переживание успеха или неуспеха зависит, таким образом, не только от объективного достижения, но и от уровня притязания. При отсутствии уровня притязания достижение не переживается как успех или неуспех.

Исследования Ф. Хоппе показали, что после успешных решений уровень притязания повышается, испытуемый обращается к более сложным заданиям; после неуспеха уровень притязаний медленно понижается.

Работа Ф. Хоппе была первой попыткой экспериментальным путем исследовать условия для формирования уровня притязания под влиянием успешного или неуспешного решения задачи: за ней последовали другие работы.

Законы динамики уровня притязания, которые установил Ф. Хоппе, были проверены в исследовании М. Юкнат "Достижение, уровень притязания и самосознание". Вместо отдельных задач, как у Хоппе, она предлагала серию задач. Первая серия (10 лабиринтных задач) гарантировала успех, т.е. испытуемый мог решить задачи — найти путь от начала до конца лабиринта. Это была "серия успеха". Во второй серии — "серия неуспеха" — все задачи (тоже

10 лабиринтных задач), кроме первой, не имели решения, т.е. путь лабиринта всегда вел в тупик.

М. Юкнат исследовала две группы испытуемых. Первая группа начинала работу с серии, которая гарантировала успех. вторая группа начинала со второй серии. Оказалось, что испытуемые, начинавшие с первой серии, во второй серии обнаружили более высокие притязания и, наоборот, испытуемые, которые выполняли сначала задания серии "неуспеха", начинали вторую серию с легких задач. Более того, с этими же испытуемыми проводились эксперименты спустя 2 недели. Испытуемые 1-й серии начинали с трудных, а 2-й-с легких заданий. Таким образом. М. Юкнат показала, что формирование уровня притязаний связано с предыдущим опытом, оно имеет свою динамику.

Работы Ф. Хоппе и М. Юкнат исследовали уровень притязаний испытуемых, интересуясь его динамикой лишь в данной ситуации. В них не ставился вопрос о зависимости уровня притязаний от самооценки испытуемых.

В исследованиях советских ученых была сделана попытка показать эту зависимость. К таким исследованиям принадлежат работы Е. А. Серебряковой [170], Е. И. Савонько [168].

Взяв за основу методику Хоппе, Е. А. Серебрякова исследовала роль успешности выполняемой деятельности в формировании самооценки и уверенности в себе. Если Ф. Хоппе в своей методике предельно абстрагировался от реальных жизненных условий, то Е. А. Серебрякова стремилась максимально приблизиться к ним. В результате своего исследования Е. А. Серебрякова установила несколько видов самооценки: 1) устойчивую адекватную самооценку, 2) неадекватную пониженную самооценку, 3) неадекватную повышенную самооценку, 4) неустойчивую самооценку.

В этом же исследовании Е. А. Серебрякова обнаружила у различных групп школьников проявление различного типа аффективных реакций на успех и неуспех. Автор указывает на то, что по мере формирования самооценки последняя начинает влиять на поведение школьника и определяет его реакцию на оценку взрослых. Если эта оценка высока и дает ребенку "почетное" место в коллективе, то она становится в конце концов потребностью. Отсюда делается вывод о соотношении самооценки и уровня притязаний. "Уровень притязаний есть потребность в определенной удовлетворяющей человека самооценке". Задачей исследования было изучение эмоционального отношения детей к своим успехам и неуспехам. В результате испытуемые разделялись на 4 группы:

1) учащиеся с адекватной реакцией на успех и неуспех, 2) учащиеся с неадекватной реакцией на неуспех, 3) учащиеся с неадекватной реакцией на успех, 4) учащиеся, уходящие от трудностей.

Была также выявлена зависимость уровня притязаний от материала эксперимента, природа эмоциональной реакции в острой ситуации, что позволило вплотную подойти к проблеме соотношения уровня притязаний и самооценки.

Таким образом, исследования Е. А. Серебряковой показали пригодность использования методики Хоппе для анализа формирования личности школьника, для исследования изменений эмоционального состояния испытуемого и его самооценки.

Работами Р. И. Меерович и К. М. Кондратской [132] с помощью этой методики было выявлено формирование уровня притязаний у детей-истериков.

Данные этих экспериментов подтвердили результаты исследований Ф. Хоппе и Е. А. Серебряковой. Выбор задания у здоровых испытуемых зависел от успешного или неуспешного выполнения предыдущих заданий. Исходный уровень притязаний был различным: у некоторых

испытуемых все поведение было осторожным, "ощупывающим", у других — более или менее высокий уровень притязаний вырабатывался сразу, как бы "с ходу". Однако зависимость выбора задания от качества выполнения предыдущего была очевидна. Эта зависимость была часто не прямолинейной, но ситуация выбора всегда выступала.

Совершенно иные результаты были получены при исследовании этой методикой больных шизофренией (простая форма, с вялым течением процесса). Поданным Б. И. Бежанишвили [18], у них не было обнаружено зависимости выбора задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Уровень притязаний не формировался; не вырабатывалась и адекватная самооценка своих возможностей. Высказывания больных не носили сколько-нибудь эмоциональной окраски; больные не обнаруживали огорчения даже тогда, когда экспериментатор подчеркивал их неудачи.

В исследованиях А. Б. Холмогоровой [190] изучались особенности уровня притязаний у больных шизофренией в зависимости от ведущего синдрома заболевания (неврозоподобный, психопатоподобный, параноидный). Автором была произведена модификация методики уровня притязаний, позволяющая эксплицировать возникающую у испытуемых перспективную цель, выявить ее характеристики и проанализировать влияние на динамику уровня притязаний. В качестве экспериментального материала в этом варианте методики используются лабиринты одинаковой степени сложности (Heckhausen, 1974), а в качестве уровня притязаний выступает время, которое испытуемый предполагает затратить на каждое последующее задание.

Эксперимент состоял из двух серий, по семь лабиринтов в каждой. В первой серии испытуемый последовательно решает семь задач, каждый раз сообщая свой уровень притязаний на следующий лабиринт. Так как научение в этих заданиях происходит довольно быстро, то результаты заметно улучшаются. Перед началом второй серии экспериментатор сообщает испытуемому "социальную норму" выполнения задания — время, за которое якобы выполняют это задание другие. "Социальная норма" составляется самим экспериментатором так, чтобы названное время было доступным для испытуемого, насколько позволяет об этом судить динамика результатов первой серии, но все же достаточно трудным для достижения. Затем экспериментатор просит испытуемого распланировать свои достижения сразу на семь оставшихся лабиринтов. Этот запланированный на вторую серию уровень выполнения и представляет собой перспективную цель. Затем в процессе выполнения задания испытуемому разрешается корректировать составленный план.

В норме перспективная цель строится, как правило, с учетом "социальной нормы" выполнения и динамики предшествующих результатов, т.е., как правило, планируется постепенное улучшение результатов вплоть до достижения "социальной нормы" выполнения. Построенная таким образом перспективная цель стимулирует к улучшению результатов, играет роль регулятора динамики уровня притязаний. Динамика уровня притязаний в норме характеризуется высокой подвижностью (частотой изменения уровня притязаний), гибкой зависимостью от успеха-неуспеха, адекватным учетом своих достижений. В ситуации успеха почти нет случаев, когда уровень притязаний остается неизменным, при этом выражена ориентация на улучшение достижений (уровень притязаний постоянно растет).

В группе больных с неврозоподобным синдромом преобладала негативная симптоматика. У этих больных перспективная цель носит статичный, не ориентированный на будущее характер (планируется, как правило, достижение уже полученного лучшего результата). Таким образом, у больных отсутствует регулятор динамики уровня притязаний, стимулирующий к росту достижений. Ориентация на "социальную норму" достижения отсутствует. Уровень притязаний в ситуации успеха малоподвижен и не растет вверх. В динамике уровня притязаний преобладает мотивация избегания, выражены защитные формы поведения. Уровень притязаний несколько более подвижен и адекватен в ситуации неуспеха. Собственные достижения в целом учитываются (среднее отклонение уровня притязаний от уровня. Достижений близко к норме), но без всякой ориентации на их улучшение.

При психопатоподобном синдроме происходит снижение ориентации на уровень достижений (среднее отклонение уровня притязаний от уровня достижений вдвое больше, чем в норме). Перспективная цель строится без учета реальных достижений и их динамики и носит неадекватный характер. При этом выражены две тенденции: больные либо вообще игнорируют "социальную норму" выполнения, либо ставят задачу достичь ее сразу, без промежуточных этапов. Для больных этой группы характерно особенно выраженное снижение критичности.

При параноидном синдроме у многих больных также снижается ориентация на уровень достижений, а в самом плане не учитывается "социальная норма" и динамика достижений. Больные этой группы часто не целиком принимают экспериментальную ситуацию (например, не верят, что лабиринты одинаковы по сложности), что может самым причудливым образом искажать картину динамики.

Динамика уровня притязаний у больных шизофренией (вялотекущая форма) была детально изучена в исследовании Н. С. Курека [101] с помощью различных методических приемов. Автор раскрывает связь адинамии уровня притязаний со снижением активности у больных шизофренией и нарастанием шизофренического дефекта.

Как показали исследования А. Б. Холмогоровой и Н. С. Курека, наиболее адекватным для изучения уровня притязаний при шизофрении является методический прием, где в качестве экспериментального материала используются лабиринты одинаковой сложности, а в качестве уровня притязаний выступает время, которое испытуемый предполагает затратить на каждое следующее задание. В отличие от методики М. Юкнат с разными по сложности лабиринтами в данном варианте испытуемый может неоднократно формировать один и тот же уровень притязаний и даже вообще не изменять его. Кроме того, в указанном варианте методики испытуемый получает более полную информацию о своих достижениях, и соответственно выявляются более тонкие взаимосвязи уровня притязаний и уровня достижений. Это и позволило вскрыть наиболее характерную особенность уровня притязаний при шизофрении — его патологическую ригидность, особенно выраженную в ситуациях успеха (резкое снижение частоты изменений уровня притязаний по сравнению со здоровыми испытуемыми) [101; 190].

Совершенно иная картина выявляется при исследовании "уровня притязаний" психопатов. Уровень притязаний у них очень быстро формировался и, как правило, был завышен. Однако он отличался хрупкостью, неустойчивостью: при малейшей неудаче он снижался и точно так же быстро повышался при удачных решениях.

Чрезвычайно интересным оказался тот факт, что неустойчивый уровень притязаний у больных психопатией сочетается с большой истощаемостью к концу эксперимента: Ситуация эксперимента теряет свою актуальность, наступает быстрое угасание мотива к действию. Тенденция к повышенной самооценке, которая присуща, как правило, этим больным, не может заменить угасающего мотива к действию.

Данные Б. И. Бежанишвили перекликаются с работами Р. И. Меерович и К. М. Кондратской [132], исследовавших уровень притязаний у детей-истериков. В этой интересной работе ставился вопрос о соотношении уровня притязаний и характера деятельности. Исследователи применили методику Ф. Хоппе, причем детям предлагалось решать задачи в экспериментальной ситуации (прохождение через лабиринт) и в игровой ситуации: 1) попадание шариками в отверстие ящика с разной удаленности от него — десять линий исходной позиции, 2) попадание шариками в отверстия различного размера.

Исходя из полученных данных авторы, в зависимости от того как проявили себя в эксперименте испытуемые, делят их всех на три основные группы: группа А, группа В и группа С.

Испытуемые группы А. Для них характерен изначально низкий уровень притязаний, резкое повышение его при успехе, часто неадекватный выбор очередной задачи (после неуспеха выбирают более сложную), стремление к скорому прекращению действий при неуспехе, особенно в глазах окружающих. Имеет место конфликт между притязаниями больных и невозможностью их реализации.

Такое поведение согласуется с поведением испытуемых в общественно-трудовой ситуации, характерным для которого является стремление к главенствующей роли в коллективе, переход от помощи коллективу к конфликтам с ним из-за повышенной аффективности и резкой смены настроений.

Испытуемые группы В. В отличие от предыдущих эти дети характеризуются более длительной работой над задачами при наличии той же конфликтной ситуации. Испытуемые более осторожно и плавно повышают свои притязания, но этот подъем также не вызван успехом. Эти испытуемые еще менее устойчивы и целенаправленны, более аффективны.

В общественно-трудовой ситуации для них характерна неустойчивость трудовой установки, разбросанность, резкая неуживчивость в коллективе.

Испытуемые группы С. У этих испытуемых обнаруживается большая устойчивость и целеустремленность, большая подвижность уровня притязаний. Это обусловлено множеством конфликтов, возникающих при решении задач: между желанием оставить игру и оборвать ее на неуспехе, между сомнением в успехе и надеждой на успех, между стремлением бросить с далекой дистанции и необходимостью менять линию из-за постоянного неуспеха.

В общественно-трудовых ситуациях эти дети еще более неустойчивы, плохо справляются с нагрузками из-за недостаточного волевого усилия, в коллективе — неадекватные отношения с товарищами из-за большой требовательности к другим при недостаточной самокритике.

Авторы отмечают, что, несмотря на различия, у всех исследованных детей-истериков имеются общие черты. Это завышенный уровень притязаний, наличие которого обусловливает наличие конфликтов в деятельности и делает поведение истериков неадекватным окружению.

В ходе дальнейших исследований (Н. К. Калита, А. И. Обознов и В. Н. Которский) выявлена ограниченность методики "исследования уровня притязаний" в том виде, как она применялась Ф. Хоппе, Б. Бежанишвили и др. В работе Н. К. Калиты показано, что применение вопросов, выявляющих якобы "общеобразовательный уровень", не надежно, так как вопросы, предложенные Б. И. Бежанишвили, объективно не имеют основания, по которому мы могли бы судить о степени их большей или меньшей сложности для испытуемого. Объем знаний испытуемых по тем разделам, которые были затронуты в вопросах, различен: испытуемые иногда успевали очень быстро решить трудные задачи, не выполнив при этом более легкие. Поэтому оценка экспериментатора теряла свое значение для испытуемого. На первый план выступала его самооценка.

Н. К. Калита пришла к выводу о необходимости найти более объективные градации сложности заданий. Она внесла следующую вариацию в методику эксперимента. Испытуемым предлагались пары картинок, которые отличались друг от друга количеством элементов (типа "проб на внимание"). Испытуемые должны были найти различия между ними. Было составлено 12 пар заданий, расположенных по возрастающей степени трудности. Критерием сложности служило количество различий между двумя картинками и время, которое было нужно здоровому испытуемому для их нахождения (от 15 с до 3 мин). Испытуемому говорилось, что исследуется его внимание.

Подобная модификация методики позволила Н. К. Калите [79] выявить следующее.

1. Формирование уровня притязаний зависит не только от оценки экспериментатора, но и от отношения испытуемого к экспериментатору и эксперименту в целом.
2. Уровень притязаний не образуется в тех случаях, когда у испытуемого формируется "деловое" отношение к эксперименту, когда мотивом для него становится стремление познакомиться с задачами.

Все эти данные приводят к следующему выводу: для того чтобы эксперимент мог выявить уровень притязаний человека, он должен быть так смоделирован, чтобы мог вызвать не только направленность на содержание задачи, но и способствовал формированию отношения к экспериментальной ситуации и к экспериментатору.

Вместе с тем уже в исследовании Н. К. Калиты была обнаружена связь уровня притязаний с самооценкой. Специально эта проблема была поставлена в дипломных работах А. И. Обознова и В. Н. Которского. Проведенные ими эксперименты с учениками средних и старших классов показали, что уровень притязаний зависит не только от успешного или неуспешного выполнения заданий и оценки экспериментатора, сколько от самооценки подростка. Эти данные соответствуют гипотезе, выдвинутой Л. И. Божович: у детей-подростков возникает потребность в сохранении определенной самооценки, и поведение подростка ориентируется именно на нее.

Е. И. Савонько [168] было показано, что в зависимости от возраста можно выявить разное соотношение между ориентацией на оценку и на самооценку. Было показано, что от класса к классу, т.е. с возрастом, увеличивается количество детей с преобладающей ориентацией на самооценку и уменьшается число детей, ориентирующихся преимущественно на оценку другими людьми. Иными словами, с возрастом самооценка приобретает все большее значение как регулятор поведения.

Наиболее значительный сдвиг от ориентации на оценку к ориентаций на самооценку происходит в подростковом возрасте. Этот факт может быть поставлен в связь с появлением у подростка потребности сделать предметом сознания качества собственной личности. Это не означает, что преимущественная ориентация на самооценку приводит к игнорированию оценки со стороны других людей. Однако в подростковом возрасте мотивационное значение самооценки уже настолько велико, что при расхождении между требованиями, вытекающими из самооценки, и оценкой со стороны других преобладающим мотивом поведения оказывается самооценка.

Однако формирование самооценки еще не означает, что ее наличие всегда вызывает адекватную деятельность. Решение этого вопроса зависит от того, является ли сама самооценка адекватной или неадекватной. Наши исследования с больными психопатами показали, что завышенная неадекватная самооценка может выступать в виде тормоза адекватных действий и поступков. Так, завышенная самооценка у психопатических личностей, сталкиваясь с более низкой оценкой окружающих, приводит к аффективным срывам так же, как и недооценка своих возможностей приводит к снижению уровня притязаний. Таким образом, динамика уровня притязаний в какой- нибудь узкой конкретной деятельности связана с самооценкой человека в более широком смысле этого слова.

Связь уровня притязаний с самооценкой была выявлена в исследованиях Л. В. Викуловой (1965) и Р. Б. Стеркиной (1970).

В экспериментах Л. В. Викуловой обнаружилось своеобразие динамики уровня притязаний, присущее детям- олигофренам. На материале учебной деятельности (две серии задач по математике, вопросы по истории, географии и литературе), а также с помощью экспериментальной методики Косса было показано, что у детей-олигофренов уровень притязаний вырабатывается либо очень замедленно, с трудом и только под конец эксперимента, либо вовсе не вырабатывается. Выбор задач у этих детей нередко

характеризуется бездумностью, успешное или неуспешное выполнение предыдущего задания не влияет на выбор последующего. Обнаруживается равнодушное отношение к успеху и неуспеху в работе. В то же время установлено, что дети-олигофрены чрезвычайно чувствительны к оценке экспериментатора, особенно к отрицательной, к замечаниям. Таким образом, в характеристике уровня притязаний детей-олигофренов на первый взгляд выступает парадоксальное сочетание трудности или даже невозможности выработки уровня притязаний (на фоне равнодушного отношения к результатам деятельности) с повышенной ранимостью к замечаниям экспериментатора.

В исследовании Р. Б. Стеркиной была сделана дальнейшая попытка выявить, что лежит в основе наблюдаемых противоречий, и психологически их проанализировать. Р. Б. Стеркина проводила эксперименты на двух видах деятельности: учебной (математические задачи) и ручной (вырезание).

Оказалось, что уровень притязаний вырабатывался у детей-олигофренов при выполнении задания "вырезание" и не формировался при выполнении учебной (математика). Р. Б. Стеркина сочла возможным объяснить это явление тем, какую степень важности, какое место занимают оба вида деятельности у исследуемых детей.

Учебная деятельность занимает в структуре личности детей-олигофренов иное место, чем у их здоровых сверстников. Умственно отсталому ребенку обычно трудно дается математика, в течение длительного времени он постоянно терпит неудачи, у него создается установка, что он не может достичь хороших результатов в этой деятельности. Создается ситуация, сходная с ситуацией в экспериментах М. Юкнат, о которой говорилось выше. Со временем у ребенка выработалось своеобразное пассивное отношение к этой деятельности. Деятельность приобретает для него характер "пресыщенной". Естественно, что уровень притязаний в этой деятельности, которая не затрагивает личности ребенка, формироваться Не может. Недаром у учеников более сильных, которые успешнее проявляли себя в математике, подобное отношение выражено меньше.

Практическая же деятельность (вырезание) более доступна детям-олигофренам и не является для них деятельностью пресыщенной. Она не вызывает к себе равнодушного отношения, а, наоборот, располагает относиться к ней с интересом, т.е. затрагивает личностные особенности субъекта. Поэтому уровень притязаний в этой деятельности формируется.

Таким образом, экспериментально установленный уровень притязаний личности в какой-нибудь конкретной деятельности должен быть проанализирован в соотношении с самооценкой личности. Только тогда он может стать фактом, вскрывающим какие-то реальные личностные отношения испытуемого, вскрыть условия, способствующие или тормозящие формирование самооценки (у детей- психопатов, детей с задержкой умственного развития, детей-эпилептиков).

К методикам, направленным на исследование самооценки, следует отнести и методику, разработанную С. Я. Рубинштейн [165]. Она представляет собой вариант методики Т. В. Дембо, которая применялась для выявления "представления о счастье", но С. Я. Рубинштейн использует ее значительно шире для выявления самооценки. Заключается методика в следующем: перед испытуемым кладут чистый лист бумаги; экспериментатор проводит на нем вертикальную черту и просит испытуемого отметить свое место по состоянию здоровья среди всех людей, размещенных на этой черте (от самых здоровых — вверху до самых больных — внизу).

Затем испытуемому предлагается аналогичная задача: его просят отметить свое место среди всех людей по уму (вторая вертикальная черта); после этого — по счастью и по характеру (третья и четвертая вертикальные черты).

Когда испытуемый выполнил все эти задания, его просят рассказать, каких людей он считает счастливыми, несчастливыми, глупыми, умными и т.д. Таким образом, в конечном итоге выявляется соотношение самооценки испытуемых с их представлением об этих категориях. По данным С. Я. Рубинштейн, у здоровых людей независимо от их самооценки обнаруживается тенденция к "точке чуть выше середины".

При психических заболеваниях нередко наблюдается некритичное отношение к своей болезни и способностям, вследствие чего самооценка больных является в одних случаях слишком завышенной, в других — слишком заниженной.

Сопоставление данных методики "уровня притязаний" и исследования самооценки, по Дембо — Рубинштейн, оказалось полезным для выявления личностных особенностей больного.

Адекватным приемом для исследования патологически измененной личности явилась методика "исследования психического пресыщения", предложенная ученицей К. Левина А. Кар-стен. Она направлена на исследование возможности удержания и восстановления побуждения к выполнению задания.

Испытуемому предлагается выполнить длительное монотонное задание, например рисовать черточки или кружки (при этом перед испытуемым лежит большая стопка листов бумаги). Ему дается инструкция: "Чертите, пожалуйста, черточки (кружочки) вот так (экспериментатор чертит несколько одинаковых черточек или кружочков)". Если испытуемый спрашивает, сколько же ему надо чертить, экспериментатор отвечает абсолютно бесстрастным голосом: "Сколько вам захочется, вот перед вами лежит бумага".

Исследования, проведенные А. Карстен (1927) и И. М. Соловьевым-Элпидинским (1933), показали, что вначале испытуемые довольно аккуратно выполняют предложенное им задание; однако, спустя короткое время (5-10 мин), они начинают привносить в задание вариации, т.е. незаметно для себя испытуемый несколько меняет задачу. Эти вариации носят характер либо изменения внешней структуры задания (черточки или кружочки становятся меньше или больше), либо темпа работы, ритма и т.д. Иногда испытуемые прибегают к "сопроводительным" действиям: они начинают напевать, посвистывать, постукивать ногами. Эти вариации свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать, наступает, как выражается А. Кар-стен, явление "психического пресыщения".

По мнению Карстен, подобные явления, т.е. появление вариаций в задании, свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать; вариации носят в известной мере характер "профилактических" действий; изменение в структуре заданного действия дает возможность продолжать его. Вариации представляют собой временный "уход" от работы, которая реализуется в переходах к деятельности, близко лежащей к основной. И. М. Соловьев-Элпидинский назвал, вслед за А. Карстен, появление вариации "эквивалентом ухода от работы". Чем тоньше такие эквиваленты, тем более они свидетельствуют о гибкости поведения испытуемого.

Экспериментатор тщательно записывает спонтанные высказывания испытуемого, характер его реакций, его мимику, выразительные движения. При этом фиксируется время появления новых вариаций.

Спустя некоторое время (обычно 20-30 мин), когда учащаются вариации и их проявление приобретает выраженный ("грубый") характер, дается новая инструкция: "Это монотонное задание вам было предложено для того, чтобы исследовать вашу выдержку. Продолжайте, если хотите, вашу работу".

Реакция испытуемых на новую инструкцию различна. Некоторые испытуемые сердятся: "Что же вы мне раньше не сказали", и бросают работу. Других же новая инструкция приводит к

новому осмыслению ситуации. "Ну, тогда другое дело", — часто слышится в ответ. Подобное осмысление задания часто приводит к тому, что вариации становятся реже, менее выраженными, а иногда и совсем исчезают.

После новой инструкции экспериментатор тщательно записывает реакцию и высказывания испытуемого, отмечает, как и раньше, время наступления и характер вариаций. Время прекращения опыта заранее не установлено. Как правило, испытуемые сами прекращают работу: "Не могу больше". Но иногда некоторые испытуемые сами не склонны прекратить ее, потому что меняют для себя смысл задания. Об этом свидетельствуют как спонтанные высказывания, так и самоотчет испытуемых. "Я хотел посмотреть, кому скорее надоест. Вам (т.е. экспериментатору) или мне" или "Я хотел проверить себя, как долго я могу заниматься этим скучным делом". Следовательно, у здоровых испытуемых образуется новый мотив для выполнения действий; мотив к действию начинает соотноситься с дополнительными мотивами. Побуждение к действию вытекает из более отдаленных мотивов.

Эти исследования были проведены с умственно отсталыми детьми И. М. Соловьевым-Элпидинским [176]. Оказалось, что дети-олигофрены выдерживают задание так же длительно, как и здоровые дети, следовательно, работоспособность у них может оказаться ненарушенной.

Однако протекание, самого процесса пресыщения обнаруживает особенности, которые заключаются в "полярности" их реакций. С одной стороны, у умственно отсталых детей наблюдаются грубые формы вариаций, длинные паузы, временные уходы от работы при длительной выдержке и выносливости (в отношении именно этого монотонного задания); с другой стороны, дети-олигофрены быстро бросают надоевшую работу, не привнося в нее никаких вариаций, не изменяя ее. Эти факторы говорят, по мнению И. М. Соловьева-Элпидинского, о том, что олигофрен лишен возможности находить новые, дополнительные мотивы для продолжения деятельности, что иерархическое построение его мотивационной сферы недостаточно (в терминологии К. Левина и А. Карстен — отсутствие достаточной коммуникации между ними). Особенно отчетливо выступил этот феномен (И. М. Соловьев-Элпидинский (1934), Б. В. Зейгарник (1938)) у детей с выраженной степенью умственной отсталости.

Этот методический прием был очень продуктивным для выявления личностных особенностей больных эпилепсией. Оказалось, что они не только длительное время выдерживают монотонное задание, но и мало варьируют. Мы имели возможность наблюдать больного, который выполнял монотонное задание, чертил черточки в течение 1 ч 20 мин, не обнаруживая тенденции к вариации.

Показательной оказалась также реакция больных эпилепсией на вторую инструкцию. Если у здоровых людей, взрослых и детей вторая инструкция придавала новый смысл всей экспериментальной ситуации, то у больных эпилепсией, так же как и у детей-олигофренов, такого переосмысления не наступало. Таким образом, приведенные данные показали, что исследования процесса пресыщения являются удачным методическим приемом для исследования динамики и изменения процесса смыслообразования. Интересные результаты были получены с помощью данной методики у больных с нарушением работоспособности. В экспериментах с больными с травмами головного мозга мы могли отметить, что пресыщение наступает у них гораздо быстрее. В то время как у здоровых людей вариации наступают в среднем спустя 10 мин, у травматиков вариации появляются спустя 2-3 мин, характер вариаций грубее. Эксперимент обнаруживает быструю истощаемость мотива деятельности у подобных испытуемых.

Однако ни в работе А. Карстен, ни в последующих не был поставлен вопрос о роли осознанных мотивов, которые могут предотвратить наступление пресыщения. Этой проблеме посвящена работа Л. С. Славиной [172], в которой изучалось, при каких условиях сознательно

поставленная цель может выступить в качестве мотива, который преодолевает явления пресыщения. Л. С. Славина изменила методику А. Карстен и И. М. Соловьева- Элпидииского следующим образом.

Опыты проводились в течение нескольких дней. В качестве экспериментальной деятельности была выбрана та же однообразная деятельность, выполнение которой создавало у ребенка в относительно короткий срок явление "психического пресыщения". Ребенку предлагали ставить точки в кружки (буква "О", напечатанная на машинке через интервал). Опыты состояли из трех частей. Первая "подготовительная" часть эксперимента заканчивалась в тот момент, когда дети проявляли все признаки "психического насыщения", работали вяло, медленно, с вариациями, с длинными паузами и вздохами.

Во второй части эксперимента (контрольной) проверялось, насколько прочно было стремление детей прекратить работу. После отказа ребенка работать экспериментатор пытался настойчивыми просьбами побудить ребенка продолжить работу. При этом инструкция оставалась прежней: "Сделай, пожалуйста, еще", "Сделай еще, сколько можешь" и т.д.

В третьей (критической) части изучалось побудительное: влияние сознательно поставленной перед ребенком цели действий и условия, при которых эта цель может выступить как мотив. Опыт проводился на следующий день после контрольной части и заключался в следующем: в противоположность полусвободной инструкции, которая давалась ребенку во все предшествующий опыты, при которой работа выступала как "безграничная" и от самого ребенка зависело время ее прекращения, в этом опыте ребенок с самого начала получал точное указание объема работы ("Сегодня сделай столько-то квадратиков, больше не нужно").

Оказалось, что введение цели, ограничивающей деятельность, изменяло структуру деятельности ребенка. Почти все дети выполняли работу по объему больше, чем в два раза.

Анализируя данные эксперимента, Л. С. Славина указывает, что в первой и второй частях эксперимента у ребенка создается конфликтная ситуация: с одной стороны, ребенок "насыщается", ему не хочется работать, но, с другой стороны, его побуждает к деятельности социальный мотив, заключенный в ситуации эксперимента. Предъявление цели позволяет ребенку разрешить имеющийся конфликт, но при этом должно быть соблюдено условие — предъявление цели должно предшествовать актуализации положительной потребности.

Таким образом, эксперимент на пресыщение оказался адекватным методическим приемом для исследования строения деятельности и ее патологии.

В дипломной работе В. Д. Прошутинской (1976) методика "пресыщения" в варианте Л. С. Славиной была использована для исследования детей, перенесших органическое поражение центральной нервной системы, которым ставился диагноз задержки умственного развития, и с детьми-олигофренами. Состояние этих детей характеризовалось как цереброастеническое. Оказалось, что введение цели, ограничивающей деятельность (третья, критическая часть опыта, по Л. С. Славиной) хотя и меняло структуру деятельности, но в меньшей степени, чем у здоровых детей. Хотя объем выполняемой работы становился больше, но он не достигал объема здоровых детей. У детей-олигофренов увеличение объема не выступало: введение цели не меняло структуру задания.

Мы столь подробно остановились на системе К. Левина, потому что она показывает, что проблема эксперимента в психологии неоднозначна. Эксперимент может выступить в качестве *инструмента*, способа доказательства какого-то положения (например, для вюрцбургской школы он должен был доказать значение детерминирующей тенденции, для бихевиористов — зависимость реакции от стимула), а в школе Левина некоторые приемы превращались не в орудия, не в доказательство какого-нибудь положения, а в прием порождения определенного жизненного отрезка. Остановимся в качестве примера на вышеописанных опытах А. Карстен

(на пресыщение). В этом эксперименте важно было не только и даже не столько (хотя это учитывалось) количество вариаций, учет времени их появления, сколько необходимо было выявить механизмы их появления, уловить те факторы, при которых наступало или не наступало пресыщение.

Так, например, пресыщение не наступало тогда, когда испытуемый ставил свою "собственную", отличную от поставленной экспериментатором цель — утомить экспериментатора. Иными словами, испытуемый пытался доставить экспериментатора в позицию испытуемого. И тогда возникала новая ситуация — экспериментатор как бы принимал "вызов" испытуемого (показывал, что он явно устал, зевал, потирал глаза), и тогда у испытуемого пресыщение не наступало, так как он действовал согласно своей цели. Но экспериментатор мог занять и другую позицию — не принимал "вызова" испытуемого, а наоборот, усиленно наблюдал за ним, записывал что-то в протокол, не освобождая его от позиции испытуемого. В таких случаях признаки истощения, т.е. вариации выступали.

Аналогична была и ситуация в опытах Т. Дембо, где необходимо было найти несуществующее решение задачи. Испытуемые (здоровые, образованные люди) бегали по нарисованному квадрату, сердясь на экспериментатора. Интересно, что они не только злились на Дембо в данный момент; многие потом признавались, что когда встречали ее на следующий день около института, они переходили на другую сторону улицы, чтобы "не видеть ее".

Таким образом, по Левину, ситуация эксперимента — это не просто правильное или неправильное выполнение задания, предложенного экспериментатором. Это формирование определенной жизненной ситуации, формирование, по выражению Политцера "сегмента драмы".

Формировалось не просто отношение "экспериментатор — испытуемый", осуществлялось не только принятие цели, находились не только пути решения задачи, а вызывались реальные эмоции, естественное поведение, т.е. возникал определенный реальный пласт жизни со всеми своими нюансами.

Ситуация эксперимента затрагивала в той или иной форме и самооценку, и критичность, выявлялась саморегуляция человека, причем происходило это не с помощью интерпретации, а непосредственным образом, т.е. как в реальной жизни. Ситуация подобного эксперимента включала в себя все то, о чем пишут представители других школ: индирективность поведения (Роджерс), оживление ассоциаций, грезы, мечты (Фрейд) и т.п.

Подобная форма эксперимента представляет собой не только способ, но и формирование реальной ситуации. Патопсихологический эксперимент строится именно подобным образом.

За последнее время наметились еще некоторые аспекты изучения личностных особенностей психически больных: сопоставление жалоб больных в отношении своей умственной недостаточности с выявленными экспериментальным путем особенностями. Подобный методический прием был применен В. В. Костиковой [96], которая сделала попытку проанализировать так называемую "внутреннюю картину болезни" у психически больных.

Понятие "внутренняя картина болезни" выдвинул известный терапевт Р. А. Лурия, под которой он понимал "все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм". Он указывал, что поведение и психика человека меняются с того момента, как он узнает о своем заболевании [123, 38].

Р. А. Лурия говорил о значении изучения "внутренней картины болезни" при соматических заболеваниях. Несомненно, что ее роль возрастает при психических заболеваниях. С полным правом В. В. Костикова указывает, что сравнение субъективного и объективного анамнеза в истории болезни помогает установить, есть ли у больного сознание болезни, насколько адекватно он оценивает тяжесть своего состояния, какие переживания связаны у него с болезнью. Не менее показательным является сопоставление жалоб больных с результатами экспериментально-психологического исследования. Ситуация экспериментального исследования является для больного личностно-значимой ситуацией. И поэтому отношение больного к ней, эмоциональная реакция на факт "исследования способностей" являются характеристикой личности больного.

В. В. Костикова выделила три группы жалоб больных.

1. Жалобы на снижение умственной работоспособности. Они включали высказывания больных об изменениях памяти и сообразительности, вызывающих затруднения в профессиональной деятельности.
2. Жалобы на измененное отношение к окружающему. К этой группе относились высказывания больных о характерологической и эмоциональной измененности, появившейся в ходе болезни.
3. Жалобы на соматические недомогания. В эту группу включены жалобы больных на головную боль, бессоницу и телесные недомогания.

Рассмотрение жалоб больных разных нозологий выявляет некоторые особенности, общие для внутренней картины болезни всех исследованных больных. Как правило, по содержанию они мало соответствуют истинной картине заболевания. Скудость или гипертрофированность внутренней картины болезни, неадекватные, а порой мелкие, но поднятые на неоправданную высоту жалобы — все это в равной степени говорит лишь о грубо искаженном отражении в сознании больного картины заболевания. Вместе с тем В. В. Костикова отмечает некоторую нозологическую специфику внутренней картины болезни. Различна и самооценка больных в целом. Так, больные шизофренией склонны недооценивать нарушения, вызванные болезнью. Их самооценка достаточно высока.

Больные эпилепсией обнаруживают при сравнительно правильной оценке тяжести пароксизмальных состояний склонность к недооценке психических нарушений.

Больные инволюционными психозами обнаруживают явную переоценку тяжести болезненного состояния. Однако в основном это касается соматического состояния больных.

Жалобы больных органическими заболеваниями центральной нервной системы полиморфны, но адекватны по содержанию.

Таким образом, рассмотрение жалоб больных позволяет сделать некоторые выводы об особенностях их самооценки. Особенно показательным оказалось сравнение жалоб больных с данными экспериментально-психологического исследования. Оно позволило судить о степени сохранности их личности, проявляющейся прежде всего в способности сохранять адекватное целенаправленное поведение. Одним из основных показателей такого поведения является позиция больных во время исследования, которая может быть адекватной установкам личности или неадекватной, устойчивой или лабильной. Она отражает в известной степени и позицию больных в реальной жизни. Изучение внутренней картины болезни является одним из адекватных методов исследования личности больных.

Для исследования личностных особенностей в последнее время широко используются проективные методики. Наиболее распространенные из них — это чернильные пятна Роршаха, Тематический Апперцептивный Тест (ТАТ), предложенный Морреем и Морганом, разработанные нашими советскими психологами [43, 175 и др.].

3. НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ ИЕРАРХИИ МОТИВОВ

На современном этапе исследований мы не можем предложить какую-нибудь жесткую устоявшуюся классификацию личностных нарушений. Поэтому мы остановимся на тех личностных изменениях, анализ которых можно провести в наиболее разработанных в советской психологии теоретических понятиях, к которым следует отнести понятие деятельностного, системного подхода. Анализ деятельности, как об этом неоднократно писал А. Н. Леонтьев, должен производиться через анализ изменения мотивов.

До сих пор изменение мотивов исследовалось психологами либо в ходе онтогенетического развития ребенка, либо оно вызывалось экспериментально [40; 172]. Однако изменение мотивов мы часто наблюдаем у людей, страдающих разными формами психических заболеваний. Психологический анализ этих мотивационных изменений и является, на наш взгляд, адекватным способом исследования личности больного человека. Кроме того, и это особенно значимо, патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования и коррекции этих изменений.

Такое прослеживание требует уточнения тех основных характеристик мотивов, на которые психологический анализ может опираться. К таким характеристикам относится их опосредованный характер и иерархичность их построения.

А. Н. Леонтьев указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Подчеркнув, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что "это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности". А это означает признание сложного отношения мотивов с разными потребностями, признание их иерархического построения.

Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходят дальше в течение всей жизни: мотивы теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленной целью, происходит подчинение одних мотивов другим. Например, желание овладеть какой-нибудь профессией как общий мотив поведения включает в себя целый ряд частных: овладеть нужными знаниями, усвоить определенные навыки и многое другое. Каждая из этих целей в свою очередь разбивается в реальной деятельности на ряд более мелких, которые и определяют в каждом конкретном случае поведение человека. Поэтому деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл.

Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обусловливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Как нам кажется, наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его

отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа оказались нарушения личности, выступающие при хроническом алкоголизме [42].

В качестве методического приема в этой работе был применен предложенный нами в 1965 г. метод психологического анализа историй болезни в их сопоставлении с данными экспериментально- психологических исследований. При таком подходе имеют место две группы фактов: одна из них касается нарушения иерархии мотивов, другая — способа формирования новой потребности (патологической).

Прежде чем провести анализ этих фактов, приведем в качестве иллюстрации данные истории болезни одного больного, предоставленные Б. С. Братусем.

Больной Г., 1924 г. рождения, диагноз: хронический алкоголизм с деградацией личности (доктор Г. М. Энтин).

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный, жизнерадостный. Учась в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. становится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. Потом перешел в областную филармонию на должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был "душой компании". Женат с 1948 г., детей нет.

Алкоголь употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер: Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от больного уходит жена из– за злоупотребления им алкоголем. Вскоре он женился вторично.

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт "был праздником", то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги "на опохмеление". Летом 1952 г. пропил свою шубу.

В 1958 г. по совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголя. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, просит помочь. Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания запоя стационировался повторно в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять алкоголь. В 1954 г. от Г. уходит вторая жена — он остался один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. П. Б. Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред алкоголизма, но находит "объективные" причины каждому запою.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1953 по 1963 г. он поступал в больницу 39 раз, каждые 2-3 месяца.

С трудом устраивается на работу грузчиком, откуда его увольняют за пьянство. Живет один, комната в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требует к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом держится без чувства дистанции. В отделения ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных —

алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала.

Приведенные данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада, живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после войны становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей.

В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает "быть праздником", становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничные, грубым.

Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один. Меняется и объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду.

За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых поступлениях он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит помочь, то в дальнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Из данных истории болезни мы видим снижение личности до полной ее деградации. Б. С. Братусь правильно указывает, что это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. Экспериментально-психологическое исследование не обнаруживает грубых изменений познавательных процессов: больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования (классификации объектов, метод исключений, пиктограмма). Однако вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий, требующих длительной концентрации внимания, умственных усилий, быстрой ориентации в новом материале, отмечается недостаточная целенаправленность сужений больного, некритичность: больной не всегда замечает допущенные им ошибки, а главное, не реагирует на исправления и замечания экспериментатора, легковесно их отмечает и не руководствуется ими в дальнейшей работе.

В опыте на выявление "уровня притязаний" обнаруживается завышенная самооценка; вместе с тем кривая выбора заданий по сложности носит лабильный характер: переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

Как говорилось в начале главы, анализ историй болезни мог оказаться пригодным для выделения двух вопросов: а) вопроса о формировании патологически измененной потребности, б) вопроса о нарушении иерархии мотивов.

Начнем с первого вопроса. Понятно, что принятие алкоголя не входит в число естественных потребностей человека и само по себе не имеет побудительной силы. Поэтому вначале его употребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, свадьбу). На первых стадиях употребление алкоголя вызывает повышенное настроение, активность, состояние опьянения привлекает многих и как средство облегчения контактов. Со временем может появиться стремление вновь и вновь испытать это приятное состояние: оно может начать опредмечиваться в алкоголе, и человека начинают привлекать уже не сами по себе события (торжество, встреча друзей и т.п.), а возможность употребления алкоголя, он начинает побуждать самостоятельную деятельность, и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А. Н. Леонтьев назвал "сдвиг мотива на цель", формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Принятие алкоголя приобретает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности — общий с механизмом ее образования в норме. Однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования.

Небезразличным является, очевидно, для всей дальнейшей деятельности человека содержание этой вновь зарождающейся потребности. В данном случае оно (т.е. это содержание) противоречит общественным нормам.

Задачи и требования общества, связанные в единую систему и воплощенные в некоторый нравственный эталон, перестают выступать для таких больных в качестве побудителя и организатора поведения. А так как в зависимости от того, что побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления, изменения в содержании потребностей означают собой и изменения строения личности человека.

У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными. Л. И. Божович [40] с полным правом говорит о том, "что потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и пр.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением". У описываемой группы больных побуждение приводит прямо и непосредственно к действиям [40, 138].

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У больных отсутствует, как мы говорили выше, возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Из общей психологии мы знаем, что опосредованность потребностей, мотивов связана с их иерархическим построением. Чем больше опосредован характер мотивов и потребностей, тем выраженное их иерархическая связь. На эту закономерность указал в свое время и К. Левин, когда писал, что замещающее действие может проявиться, если мотивы иерархически построены (в терминологии К. Левина речь шла о "коммуникации квазипотребностей"). В этих случаях не происходит жесткой фиксации на средстве удовлетворения потребности.

Мы видим из историй болезни, как под влиянием алкоголизма у больных разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у больных проявляется желание работать, стремление к общению с прежними друзьями, больной совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов, но все эти побуждения не носят стойкого характера. Главенствующим мотивом, направляющим деятельность больного, становится удовлетворение потребности в алкоголе. Перестройка иерархии мотивов больных особенно ярко проявляется в способе удовлетворения потребности в алкоголе и способе нахождения средств для ее удовлетворения.

Начинает выделяться ряд вспомогательных действий. На выполнение этих действий уходит со временем вся сознательная активность больного. В них отражается новое отношение к окружающему миру; это ведет к новым оценкам ситуаций, людей. С полным правом Б. С. Братусь подчеркивает, что со временем все проблемы начинают разрешаться через алкоголь, с его помощью, и алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения [40].

По мере того как в ходе болезни алкоголь становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа перестает интересовать больных — она нужна только как источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути удовлетворения пагубной страсти. Здесь мы имеем дело с центральным пунктом личностной деградации, а именно с постепенным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей мотивов и ценностей и формированием взамен ее новой иерархии. Оттесняются и разрушаются высшие потребности и установки личности. Как отражение этого процесса сужается круг интересов. Больные становятся инактивными, теряют свои прежние социальные связи с миром, ибо измененная алкоголем личность становится неадекватной этим связям. Поэтому и профессиональная линия больных снижается, и это изменение

обусловлено в первую очередь не интеллектуальной деградацией, а изменением мотивов личности.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы, потребность в алкоголизме переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного.

Изменения мотивационной сферы больных были обнаружены и в экспериментально-психологическом исследовании. Совместно с Б. С. Братусем мы провели сравнительное экспериментально-психологическое исследование больных с алкогольной энцефалопатией (II-III стадии алкоголизма, по А. А. Портнову) и больных с травматической энцефалопатией (больные, перенесшие тяжелую черепно- мозговую травму с массивными субарахноидальными кровоизлияниями, внутричерепными гематомами, очагами ушибов различной, преимущественно конвекситальной локализации). Характер нарушений познавательной деятельности обеих групп был схож. В ряде методик — счет по Крепелину, отыскивании чисел, корректурной пробе — можно было проследить общую для обеих групп больных динамику колебаний внимания, истощаемости психических процессов. В классификации предметов, исключении предметов, простых аналогиях и других методиках обнаруживалась недостаточность понимания абстрактных связей и отношений между предметами.

Однако при сходстве изменений познавательной деятельности уже в самом процессе экспериментального исследования выступили различия в поведении обеих групп больных. Больные с травматической энцефалопатией, как правило, интересовались оценкой своей работы, реагировали на замечания экспериментатора. Хотя больные стали после травмы более раздражительными, нередко вспыльчивыми, грубых нарушений структуры личности выявить не удалось. У них обнаружилась адекватная самооценка; под влиянием успешного или неуспешного решения задач у больных вырабатывался уровень притязаний,

Больные хроническим алкоголизмом, наоборот, в большинстве случаев были равнодушны к исследованию, не стремились исправить своих ошибок. Порой ошибочные решения проистекали не из-за собственно интеллектуального снижения, а из-за отсутствия отношения к исследованию. Нередко поведение больных хроническим алкоголизмом напоминало поведение больных с поражениями лобных долей мозга, как оно описано в работах Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурии, С. Я. Рубинштейн. Однако некритичность больных хроническим алкоголизмом имеет иную структуру, чем при лобных синдромах. Она более избирательна, сочетается с агрессией по отношению к тому, что мешает удовлетворению их патологической ведущей потребности. Некритичность "лобных" больных сочетается с беззаботностью, аспонтанностью. Глубокие изменения личности больных хроническим алкоголизмом проявились и в специальных исследованиях. Они обнаруживали повышенную самооценку, некритично переоценивали свои возможности, оспаривали оценку экспериментатора.

Таким образом, проведенный анализ изменений опосредованности и иерархии мотивов показывает, что они не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длинный и сложный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

Подобный факт изменения личности чрезвычайно важен: он показывает правильность теоретических положений советской психологии, а именно, во-первых, социальные потребности формируются *прижизненно*, что для их формирования нужны определенные условия и, во-вторых (и это очень важно), что снятие содержания и социально приемлемых способов их удовлетворения приводит к превращению строения социального мотива в структуру влечения, лишенного характера опосредованности регуляции.

4. ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ И МОТИВОВ

Описанный выше феномен превращения социальной потребности в патологическое влечение можно проиллюстрировать и при анализе группы больных нервной анорексией, у которых резко выражено нарушение физического "образа я".

Как было указано в гл. III в ходе развития личности психическое отражение, сознание не остается ориентирующим лишь на те или иные действия субъекта, "оно должно так же активно отражать иерархию их связей, процесс происходящего подчинения и переподчинения мотивов" [114, 212]. Иными словами, мотивы собственной деятельности, поступки человека становятся объектом его активного отношения, объектом его сознания, характер которого зависит от специфики реальных связей данного человека с миром, особенностей его деятельностей в нем.

Различные стрессовые ситуации (тяжелая болезнь, смена образа жизни) могут изменить самосознание человека (исследования В. В. Николаевой, 1970; Мариловой, 1984; П. Молужаловой, 1983 и др.).

Изменение самосознания является результатом нарушения рефлексии, которая может привести к изменению мотивов, менять их смыслообразующую функцию, нарушать эмоциональную реактивность. Искаженное отражение сознания собственной личности может привести к специфическим расстройством, принять характер изменения физического "образа я". Нарушение физического "образа я" описано в психиатрической литературе не только в виде синдрома дисморфобии, деперсонализации, но и нервной анорексии [81].

Речь идет о девушках, которые произвольной длительно голодают с целью исправления своей внешности. У большинства больных заболевание началось в подростковом возрасте. Все девочки отличались некоторой полнотой (но не ожирением). В школе сверстники шутили над ними, дразнили, называли "толстушками", "пончиками" и т.д.

Кроме того, эти девочки находились в окружении взрослых, которые всячески подчеркивали, "как важно для женщины обладать красивой фигурой". В результате у этой группы девочек сложился некий "идеал красивой женщины". Так, одна хотела быть похожей на Наташу Ростову, другая мечтала о "фигуре кинозвезды". Девочки начинали беспокоиться о своей внешности и изыскивать средства для ее исправления.

Следует при этом отметить одно обстоятельство: стремление к коррекции началось у этих больных в подростковом возрасте. Как известно, исследования Д. Б. Эльконина (1991 показали, что именно в подростковом возрасте развивается особая деятельность, заключающаяся в установлении личностных отношений между подростками, формируется особая деятельность общения, в которой подросток сравнивает свое поведение и свои возможности с возможностями сверстников, появляется мотив самоутверждения, стремление овладеть формами "взрослого поведения". Именно в процессе этого общения и происходит главным образом формирование самосознания, самооценки. Многими авторами, например Л. И. Божович [40], указано, что невозможность соответствовать выработанным требованиям окружающих или выработанному собственному "идеалу" приводит к аффективным переживаниям.

У наших больных такие аффективные переживания возникали вследствие несоответствия "идеала красоты" и собственной внешности.

Вначале способы коррекции своей внешности носили адекватный характер (девочки исключали из своего пищевого рациона определенные продукты). Окружающие стали отмечать, что девочки стали "изящнее". В дальнейшем они стали прибегать к более изнурительной диете.

Следует отметить в биографий девочек еще одно важное обстоятельство. Почти все девочки хорошо учились, занимали позицию "хороших учениц", и это обстоятельство способствовало их самоутверждению. В старших классах девочкам стало труднее учиться. В большей мере этому содействовала астения, возникшая как следствие изнуряющей диеты. Родители, близкие стали контролировать пищевой рацион девочек, мешали, естественно, всячески голоданию. Девочки вступают в конфликт с семьей, скрывают, что они сознательно голодают, объясняют это отсутствием аппетита.

Так как избранная диета не всегда помогала, девушки начинают прибегать к другим способам: едят один раз в день, если же не могут устоять против чувства голода, вызывают искусственную рвоту, принимают большие дозы слабительного, занимаются по многу часов гимнастикой, тяжелым физическим трудом. Такие болезненные симптомы, как амонеррея, выпадение волос, их радуют, так как они являются доказательством, "что они не поправляются".

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни больной Лены Т., 1957 г. рождения (история болезни представлена М. А. Каревой), поступила в больницу им З. П. Соловьева 27/III 1974 г., выписана — 30/IV 1974 г. Учится в 10-м классе. Наследственность не отягощена. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Была способной, общительной девочкой, читать начала с 5 лет. В школе до 5-го класса была отличницей. Много времени отдавала учебе. Занималась общественной работой. Настроение было всегда радостным. В подростковом возрасте стала интересоваться своей внешностью, огорчалась, что она полная. С восхищением рассказывала об одной из своих учительниц, "стройной женщине", которая указывала девочкам, что надо следить за собой, быть всегда подтянутой, подчеркивала значимость внешнего вида для женщины. Лена стремилась подражать во всем этой учительнице, стать на нее "похожей".

Весной 1973 г. после просмотра французского фильма, в котором играла "красивая актриса с тонкой фигурой", многие одноклассницы Лены стали себя ограничивать в еде, чтобы стать "такими же изящными, как киноактриса". Больная тоже включилась в эту деятельность похудания, стала себя резко ограничивать в еде (весила 54 кг при росте 161 см). Стала исключать из рациона хлеб, сладкое, уменьшила общее количество пищи, стала после еды делать упражнения "для живота". Похудела на 6 кг, чем вызвала беспокойство родителей. Осенью пошла в школу. Учебе уделяла все свободное время. Одноклассники заметили, что девочка похудела. Восхищались ее силой воли. Никто из них не смог долго ограничивать себя в еде. Девочки подходили к Лене, советовались, спрашивали о диете, ей это очень нравилось.

С этого времени (август-сентябрь 1973 г.) стала еще больше ограничивать себя в еде, совсем не употребляла хлеба. За столом была очень напряжена. Когда ее уговаривали есть, делала вид, что ест, при этом выбрасывала и прятала продукты.

С ноября похудела на 10 кг (вес 38 кг), прекратились менструации, появилась апатия, раздражительность. Жаловалась, что стало трудно понимать объяснения учителя, утомлялась на занятиях. Одноклассники удивлялись, как она в таком состоянии может учиться. Тем не менее продолжала ограничивать себя в еде. Гордилась своей "силой воли": "Доктор, вы представить себе не можете, что это такое, когда бабушка приносит свежую булочку, посыпанную сахарной пудрой, и умоляет ее съесть, а я не ем!" Начались конфликты с родителями по поводу еды, в ответ на просьбы близких поесть могла резко ответить, нагрубить. Слезы матери, уговоры не помогали. Тщательно скрывая причину, уверяла, что нет аппетита. Гораздо позднее в больнице призналась, что есть хотелось всегда, что "аппетит был очень сильный, но не ела, так как боялась, что не выдержит и съест много и опять станет полнеть".

В это время появился интерес к приготовлению пищи. Стала выбирать посуду, завела для себя специальные тарелочки, вилочки, ножи, ложки, любила ходить за продуктами на рынок.

С января 1974 г. началось лечение у психиатра, сначала амбулаторно, а затем в больнице. Вес при поступлении был 35 кг. Уверяла врача, что она не только здорова, но и вполне счастлива: "Я добилась всего, что хотела!" При попытках персонала накормить больная грубила, делала вид, что ест, но выбрасывала пищу, вызывала рвоту после еды.

Была переведена в больницу им. 3. П. Соловьева. Физическое состояние: рост 161 см, вес 38,5 кг, подкожно-жировой слой почти отсутствует, кожные покровы бледные. Внутренние органы без патологии. Неврологическое состояние: тремор пальцев рук, сухожильные рефлексы оживлены. Психическое состояние: при поступлении жаловалась на слабость, апатию, повышенную утомляемость, раздражительность. Была возмущена тем, что переведена в больницу им. 3. П. Соловьева, настаивала на выписке. О своем состоянии говорила неохотно, уверяла, что почти выздоровела. В доказательство приводила прибавку в весе на 3 кг.

После длительного медикаментозного лечения стала лучше есть. Выписана при весе 50 кг.

Через 2 недели после выписки поправилась до 56,5 кг. Начал тревожить "избыток веса", стала опять ограничивать себя в еде, боялась "стать жирной".

С больной было проведено экспериментально– психологическое исследование. К факту обследования отнеслась спокойно. Старается как можно лучше узнать инструкции, помощь экспериментатора принимает, хорошо использует. Ошибки исправляет сама или с направляющей помощью, оправдывается при этом. Задания старается выполнить как можно лучше.

Нарушений познавательной сферы не выявлено, память, мышление соответствуют возрастному и образовательному уровням. Отмечается утомляемость и затрудненность переключения внимания.

Самооценка больной отражает ее состояние. Здоровье свое она оценивает так: "когда весила 35 кг, была больная, не могла от своего отказаться, сейчас я — среди весьма здоровых". Свой характер считает хорошим, гордится им: "Я усидчивая, хорошо схожусь с людьми". При исследовании методом ТАТ тема еды, похудания отсутствует, отмечается тема конфликта в семье и в любви.

Приведенная иллюстрация показывает, что мотив к похуданию не носил первоначально патологического характера. Голодание было вначале лишь действием для осуществления некоей духовной ценностной ориентации "быть красивой", "обладать красивой фигурой". Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической природной потребностью в пище. При этом антивитальные действия не только не прекращаются, но сами преобразуются в мотив (сдвиг мотива на цель действия). Более того, этот мотив становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которой девочка отдавала вначале много сил, отходит на задний план, уступая свое место деятельности по похуданию.

Приведенные факты чрезвычайно важны, ибо они могут служить известным подтверждением положения А. Н Леонтьева о том, что человеческие потребности (а следовательно, и мотивы) проходят иной путь формирования, чем потребности животных. Это путь "отвязывания" человеческих потребностей от органических состояний организма.

В связи со сказанным заслуживает внимания и следующий факт, отмеченный М. А. Каревой. Больные, которые длительно и упорно голодали, доводя себя до истощения, охотно занимались всем, что имеет отношение к еде: готовили разные изысканные блюда, ходили закупать продукты в гастрономы, на рынок, рассматривали их, следили, чтобы их близкие ели, "закармливали", как отмечается в историях болезни, своих маленьких сестер и братишек, многие из них хотели себе выбрать профессию, связанную с пищей.

Как нам думается, это свидетельствует о том, что сам способ удовлетворения природной потребности претерпевает известное изменение: происходит символическое замещение, т.е. "квазиудовлетворение" органической потребности. Это означает изменение природы самой потребности.

---

5. НАРУШЕНИЕ СМЫСЛООБРАЗОВАНИЯ

В данном параграфе патология мотивов будет рассмотрена в аспекте взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Дело в том, что выделяемые А. Н. Леонтьевым побудительная и смыслообразующая функции мотивов не всегда поддаются различению. Нередко бывает так, что человек осознает мотив, ради которого действие должно совершиться, но этот мотив остается "знаемым" и не побуждает действия. Л. И. Божович и ее сотрудники показали, что такое явление часто встречается у детей младшего школьного возраста. Например, ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточно побудительной силы, и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы. Л. И. Божович [40] отмечает, что и "знаемые" мотивы играют какую-то роль хотя бы в том, что они "соотносятся" с дополнительными, но их смыслообразующая и побудительная функции недостаточны.

Однако при определенных условиях "знаемые" мотивы могут перейти в непосредственно действующие. Этот переход "знаемых" мотивов в "побуждение" связан с формированием мировоззрения подростка. По механизму действия мотивы в старшем возрасте являются "не непосредственно действующими", а возникающими на основе сознательно поставленной цели и сознательно принятого намерения. С. Л. Рубинштейн [158, 469] тоже подчеркивает, что в своих вершинных формах мотивы основываются на осознании человеком своих моральных обязанностей, задач, которые ставит перед ним общественная жизнь.

Именно это слияние обеих функций мотива — побуждающей и смыслообразующей — придает деятельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Ослабление и искажение этих функций — смыслообразующей и побудительной — приводят к нарушениям деятельности.

Это выражается в одних случаях в том, что смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в только знаемый. Так, больной знает, что к близким надо хорошо относиться, но при этом он оскорбляет и избивает свою мать.

В других случаях выступало сужение круга смысловых образований. Это выражалось в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придавал смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его. В результате теряется и побудительная сила мотива [179].

Для исследования механизмов измененного смыслообразования больных шизофренией М. М. Коченовым [97] было проведено специальное экспериментально- психологическое исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более 7 мин. Предлагалось нарисовать сто крестиков, выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону), восемь строчек счета (по Крепелину), сложить один из орнаментов методики Кооса, построить "колодец" из спичек, сделать "цепочку" из канцелярских скрепок, решить три различные головоломки. Таким образом, испытуемый оказался перед необходимостью самостоятельно выбирать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели.

Для этого в сознании испытуемого должна сложиться смысловая иерархия действий, способствующих достижению цели.

В результате апробации методики на здоровых испытуемых М. М. Коченов установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях (иногда методом проб). Активность поисков наиболее целесообразных действий, наиболее "выигрышных" заданий отражает процесс переосмысления, происходящий в сознании испытуемого.

Этот ориентировочный этап был четко выражен у здоровых испытуемых. Помимо того что каждый испытуемый выбирал не менее трех заданий (когда он не укладывался в отведенное время, ему прибавляли еще несколько минут, давая возможность сделать третью пробу), он выполнял еще несколько ориентировочных проб.

Все испытуемые заявили, что при выборе заданий они руководствовались оценкой степени их сложности, стараясь выбирать те, выполнение которых займет меньше времени. Все испытуемые отмечали, что стремились уложиться в отведенные 7 мин.

Таким образом, в результате апробации было установлено, что у здоровых испытуемых в ситуации эксперимента происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

Иным было поведение больных шизофренией (вялотекущая, прогредиентная форма). Ориентировочный этап у них отсутствовал. Они не выбирали "выигрышных" заданий, часто брались за явно невыполнимые в 7 мин. Иногда больные проявляли интерес не к исследованию в целом, а к отдельным заданиям, которые они выполняли очень тщательно, не считаясь, что время истекло. Количество дополнительных проб у больных было сведено до минимума. Распределение частоты выбора отдельных заданий показывает, что отношение к ним менее дифференцировано, чем у здоровых испытуемых.

Следует отметить, что все больные знали, что им надо уложиться в 7 мин, но это знание не служило регулятором их поведения. Они часто даже спонтанно высказывались: "Я должен в 7 мин уложиться", но не меняли способов своей работы. Таким образом, исследования М. М, Коченова показали, что нарушение деятельности данной группы больных определялось изменением мотивационной сферы. Самое главное в структуре изменения мотивационной сферы было то, что больные знали, что им надо делать, они могли привести доказательства, как надо поступать в том или ином случае, но, становясь просто "знаемым", мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию. Это и служит причиной многих странных, неадекватных поступков, суждений, дающих возможность говорить о парадоксальности шизофренической психики, о нарушении селективности деятельности больных.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов. отщепление действенной функции от "знаемой" нарушало деятельность больных и было причиной деградации их поведения личности.

С полным правом автор отмечает, что редукция мотивов приводит к оскудению деятельности больных. Оскудение деятельности оказывает и "обратное" влияние: не формируются новые мотивы.

Анализ данных историй болезни также выявил ослабление побудительной функции мотивов и превращение их в знаемые. Эти изменения не носят однослойного характера. М М Коченову удалось выявить несколько видов подобных смысловых нарушений.

1. Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной Н. отказался получить зарплату, так как "пренебрегал земными благами", больной М. годами не работал и жил на иждивении старой матери, к которой при этом "хорошо относился". Этот механизм наглядно обнаружился при общем и контрольном экспериментально-психологическом исследовании больных, когда больной оставался "нейтральным" по отношению к исследованию.
2. Сужение круга смысловых образований. Выражается в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для

больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его.

Подобные больные не оказываются включенными в общую систему взаимосвязей людей. Поэтому одной из важнейших мер психокоррекции является включение больных в трудовую деятельность. Работами Д. Е. Мелехова [133], Э. А. Коробковой [93], Т. С. Кабаченко [78], А. Б. Халфиной [189], С. Я. Рубинштейн [161] показано, что именно включение больных с нарушением смысловых образований в реальную трудовую деятельность помогает восстановлению их социального статуса. Исследования В. Э. Реньге [155] и О. И. Болдыревой, посвященные трудовым установкам, больных шизофренией, показали роль социального окружения при их формировании. Именно общение в трудовой деятельности позволяет восстановить нарушенную коммуникативную функцию больного, расширяет круг его интересов, способствует дальнейшему расширению целеполагания.

---

6. НАРУШЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ОПОСРЕДОВАНИЯ

Проявления развития и созревания личности многообразны. Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения.

Уже в начале нашего века эта мысль выступала в работах представителя французской социологической школы П. Жане (цит. по: [12]). Однако первым, кто принципиально увязал процесс регуляции с опосредованием поведения, был Л. С. Выготский. Указывая, что специфика человеческой психики обусловлена общественно- историческими условиями, он подчеркивал ее опосредованный характер. Практическая неразработанность этого положения в общей психологии с особой очевидностью, на наш взгляд, выступает при анализе материала патологии.

Процесс опосредования совершается на разных уровнях психического отражения и зависит от многих детерминант: от содержания выполняемой деятельности, от ситуации, в которую данная деятельность включена, от целей, которые ставит перед собой человек, от степени иерархизации его мотивов [114], от самооценки, от восприятия людей, с которыми человек вступает в общение [38], от направленности личности [40].

Опосредование выявляется уже на уровне операций. Известно, что необходимость лучшего запоминания материала проводит к оперированию знаками, символами (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев). В этом случае опосредование приобретает характер "вспомогательный": оно служит другой деятельности — деятельности запоминания. Однако уже на данном уровне опосредование не должно быть понято упрощенно. Поиск и применение "вспомогательных средств" таят в себе регулятивную функцию. Указывая на необходимость различения понятий орудия и знака, Л. С. Выготский подчеркивал, что "знак ничего не меняет в объективной психологической операции, он есть средство для психологического воздействия *на поведение свое или чужое, средство внутренней деятельности, направленное на овладение самим человеком* (курсив мой. — Б. 3.). *Знак* направлен внутрь" [50, 125].

В этой скупой формуле недвусмысленно говорится о том, что уже на уровне "вспомогательного действия" процесс опосредования носит регулирующий характер, что знак помогает человеку овладеть своим поведением и направить его сообразно своим целям, что овладение поведением представляет собой опосредованный процесс.

Опосредствуя свое поведение, человек получает возможность вырабатывать новые способы действования, активности, новые мотивы. Поведение человека становится более произвольным и осознанным.

Об этом же свидетельствует материал патологии. Так, данные патопсихологических исследований больных с органическими заболеваниями мозга (эпилептическая болезнь, травмы мозга, нейроинфекции) показали, что невозможность оперировать знаком являлась у них выражением более широкой патологии поведения — нарушения опосредования, нарушения регуляции своих действий. Неумение увязать подлежащее запоминанию слово с каким-нибудь знаком особенно отчетливо выступало при исследовании памяти у тех больных, в психическом состоянии которых отмечалась аспонтанность, инактивность или расторможенность [34; 67; 144]. При инструкции вспомнить по картинке слово задача воспроизведения не выступала для этих больных как таковая — больные начинали говорить по поводу картинки. Этот экспериментальный факт нельзя объяснить трудностью задания. Будучи поставленными инструкцией в жесткие рамки (экспериментатор настаивал: "Будьте внимательны, подумайте, когда выбираете"), больные могли справиться с заданием.

Недостаточность регуляции, замещение целевого действия случайным или стереотипным становились факторами, которые мешали опосредованию. Иными словами, нарушение опосредования было у этих больных проявлением более глубокого нарушения — измененного отношения к окружающему и к себе, проявлением распада их мотивационной сферы. Не случайно этот феномен особенно резко выступает у больных с поражением лобных долей мозга у которых нарушение активности (аспонтанность) поведения является ведущим радикалом в нарушении психики [106; 126; 161; 191 и др.].

Не менее четко выявляется роль регулирующей функции опосредования при исследовании мышления. Некоторые формы нарушения мышления выходят за пределы познавательных процессов и должны рассматриваться как проявление невозможности осознания своего поведения, как нарушение подконтрольности своих действий. Так, некоторые больные с органическим поражением мозга, у которых нет грубых изменений процессов анализа, синтеза и обобщения, не могут выполнить простое задание на заполнение пропусков в тексте (вариант методики Эббингауза): они вставляют слова, неадекватные смыслу предложения или текста.

Другие больные (вялотекущая форма шизофрении) не могут выполнить заданий, требующих обобщения (например, при выполнении классификации предметов методом исключения), несмотря на то что у них нет грубых нарушений процессов анализа и синтеза [64; 97; 134; 150].

Подобные нарушения познавательных процессов не обусловлены нарушением логических операций — все эти больные могли справиться со значительно более сложными заданиями, требующими развитого абстрактного мышления; эти нарушения были обусловлены смещенностью жизненных установок и мотивов, особенностями эмоционального состояния, неумением сделать экспериментальные задания, воспринимаемые как нечто на периферии сознания, центром сознательной деятельности. Иными словами, и здесь имело место отсутствие произвольности в выборе заданий.

Сказанное должно было, во-первых, послужить иллюстрацией того, что одним и, может быть, наиболее очевидным проявлением опосредования является включение личностного компонента в структуру познавательных процессов. Во-вторых, оно должно было подготовить вывод о том, что опосредованность представляет собой одно из основных личностных образований, связанное с осознанием мотивов деятельности, перспективных целей, с критичностью, с самооценкой, с возможностью регуляции как своих отдельных поступков, так и с сознательным управлением поведением в целом. Таким образом, опосредствование, с одной стороны, с необходимостью участвует в иерархизации мотивов человека, а с другой стороны, оно является в свою очередь продуктом этой иерархизации.

В этой связи следует вспомнить положение А. Н. Леонтьева (1975) о том, что существуют две системы связи человека с окружающей его действительностью: познавательная и смысловая, которые в жизнедеятельности человека слиты воедино. Значения усваиваются субъектом в ходе обучения и жизни. Они фиксируются в виде образов действия, предметных и социальных норм и т.п. Однако, когда человек сознательно оперирует ими, они предстают перед ним в виде элементов его смысловой системы. Будучи порождением жизнедеятельности человека, смысловые образования включаются в деятельность и тем самым начинают осуществлять функцию контроля за жизнедеятельностью. Изменение деятельности человека, его поступков опосредовано изменением смыслообразующих мотивов, изменением отношения человека к миру, к себе и другим людям. Именно благодаря наличию смысловых образований оказывается возможной саморегуляция при постановке целей, при осознании своих поступков. Об этом же пишет Л. И. Божович, подчеркивающая, что в процессе своего развития потребности и мотивы опосредуются сознанием, что потребности действуют через сознательно поставленные цели [40].

Надо, однако, помнить, что опосредование не является жестким личностным механизмом. Процессы опосредования гибки, а зачастую и неустойчивы. В качестве иллюстрации неустойчивости приведем случай из практики трудовой экспертизы. Решался вопрос о пригодности больного к выполняемой им прежде работе. Сам больной хотел получить группу инвалидности и всячески старался доказать, что он не в состоянии выполнять прежнюю работу. В ситуации психологического эксперимента он вел себя соответственно: не выполнял заданий, требующих составления программы действий; из 10 слов воспроизводил после многократного предъявления 3-4. При этом он неизменно использовал свои неудачи как доказательства собственной несостоятельности: "Видите, не могу ничего запомнить, осмыслить; только голова в результате разболелась". Все его поведение было опосредовано устремленностью на получение инвалидности. Но вот больной заинтересовался решением головоломок — сразу же начинает он выбирать самые трудные задачи, требующие составления плана действий, логичности суждений, демонстрируя высокие интеллектуальные способности и не заботясь (как ранее) об их дескридитации. Неустойчивость опосредования вызвала у больного ситуативную активность и эмоциональное состояние, которые нарушили первоначальную схему регуляции поведения.

Эмоционально-смысловые переживания, которые, как известно, могут служить посредником между потребностями и поступками человека [49], в данном случае ликвидировали влияние сформированной структуры опосредования именно в силу недостаточного развития, недостаточной прочности этого процесса.

Все вышесказанное может создать впечатление, что понятие опосредованности может быть сведено к понятию регуляции. Действительно, эти понятия сходны, но не тождественны. Опосредование является продуктом процесса регулирования, превращенным в постоянный модус поведения человека, в устойчивое свойство его личности. В этом смысле понятие "опосредованность" напоминает понятие "постоянство черт" Г. Олпорта [202], ко только с существенной оговоркой. Если у Г. Олпорта "постоянство черт" является врожденным свойством, то опосредование является прижизненно сформированным качеством личности. Об опосредованности можно говорить только тогда, когда человек не только осознает ситуацию и свои возможности в ней, но и когда он может делать соответствующие знания и порождаемые ими свои переживания и чувства объектом своего сознания. Опосредование поведения связано с самосознанием человека, с его самооценкой, с возможностью рефлексии.

Человек всегда живет в ситуации, которая требует от него определенного действия, поступка здесь и сейчас. Вместе с тем его действия и поступки также детерминированы отдаленными целями и мотивами, которые часто стоят в противоречии с "сиюминутными". Человек должен сам сделать выбор между ними. И только тогда, когда поведение человека опосредуется именно структурой согласованных дальних и ближних целей, можно говорить о зрелости его личности.

Иными словами, опосредованность является результатом диалектической борьбы противоположностей в структуре мотивов и ценностей человека. Об этом, по существу, говорил С. Л. Рубинштейн, подчеркивавший, что одним из звеньев процесса становления личности является "та внутренняя работа, которая естественно неизбежно завязывается у каждого сколько-нибудь вдумчивого, не совсем безнадежно отупевшего человека, при повседневном наблюдении того, как поступки одних людей сказываются на жизни других" [160, 143].

При таком понимании проблемы опосредования его анализ неминуемо выходит за пределы только поисков способа регуляции поведения и переходит в анализ, предполагающий исследование потребностей, мотивов, становления целей. Опосредованное поведение — это всегда поведение зрелой личности. Это подчинение целям, которые стоят перед человеком. Опосредованность формируется, если имеет место осознание не только своих поступков, но и своих мотивов, стоящих за ними. Вместе с тем процесс смыслообразования, выделения целей возможен только при наличии опосредованности, умения выходить за рамки ситуационного поведения.

Нам представляется, что разработка проблемы опосредования является перспективной для решения многих теоретических вопросов психологии. Так, вопрос об опосредовании поведения неминуемо встает при изучении целеобразования и его механизмов, соотношения порождения целей и смысловых образований [92, 186].

Без учета опосредования своих поступков невозможен, на наш взгляд, анализ самооценки, самоосознания человека. Особенно важен анализ опосредования для решения вопросов социальной психологии (общение, "психологический климат" в группах и др.).

Проблема опосредования с необходимостью встает при анализе вопроса о компенсации чувства неполноценности, о так называемых "мерах защиты". Обычно принято связывать проблему защиты с неосознаваемыми видами деятельности, с бессознательным уровнем сознания. И действительно, материал патологии показывает, что многие симптомы при неврозах, тяжелых соматических заболеваниях представляют собой неосознаваемые больными меры защиты [17]. Неосознаваемая защита может отмечаться и у здорового человека в ситуации фрустрации. Такие симптомы, как негативизм, аутизм, являются часто средствами прикрытия нарушенной деятельности общения. Всякий педагог знает, что нередко "дерзость", "невоспитанность" подростка являются лишь. неудачной компенсацией неуверенности, "незащищенности" против жестких мер воспитания; при этом сам подросток может и не осознавать этого.

Однако следует подчеркнуть, что, проявляясь на неосознаваемом уровне, меры защиты нередко приводят к деформации реальных поступков человека, к нарушению гармоничных связей между целями поведения и порождаемой поведением ситуацией. Поэтому не случайно содержание психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий состоит обычно в том, чтобы помочь пациенту осознать истинный смысл своих действий, увидеть себя со стороны. Только при осознании истинного "лика" своих действий и переживаний становится возможной адекватная регуляция своего поведения.

Такое осознание может произойти и без вмешательства других людей, спонтанно. Бывает и так, что "меры защиты" и компенсаторные действия осуществляются сознательно. Смысловые образования меняют в подобных случаях содержание и характер мотивов, придают поступкам и действиям человека произвольный характер. Сознательно поставленная цель и контроль за своими действиями на пути к достижению цели становятся основными звеньями опосредованного поведения [86].

В ситуациях, фрустрирующих поведение человека, затрудняющих достижение поставленных целей или угрожающих его личностным установкам, человек нередко сознательно прибегает к

"мерам защиты". К сознательным компенсаторным действиям прибегают, например, больные с тяжелыми соматическими заболеваниями, когда они узнают о грозящей им беде. Они нередко сознательно отодвигают осознание болезни и усиленно предаются привычной деятельности [67; 138].

Сознательное принятие мер зашиты в травмирующих ситуациях является частным случаем сознательного опосредования жизнедеятельности, отмечается и у здоровых людей. К сожалению, такие случаи редко становятся объектом изучения в научной психологии.

В качестве иллюстрации приведем эпизод из жизни молодой женщины К., пережившей тяжелую психическую травму — от нее ушел любимый муж. оставив ее с двумя маленькими детьми. Событие это произошло летом, во время жизни на даче в одном из пригородов Москвы. К. было слишком тяжело оставаться на даче, где все напоминало о случившемся. Она переехала в город, однако здесь состояние отчаяния приняло еще более острый характер. Она не могла видеть те места, в которых бывала с мужем, не могла переступить порог консерватории, театра. Особенно ее волновал вид вокзала, железной дороги. К. чувствовала, как все больше сужается ее "жизненное пространство" (К. Левин). И тогда К. сознательно приняла решение вернуться на некоторое время именно в ту местность, где произошло травмирующее событие.

Принятие решения носило, по существу, характер активной психологической защиты. Действительно, несмотря на оставшиеся тяжесть и горечь переживаний, молодая женщина освободилась от дополнительных симптомов: железная дорога, пригородный пейзаж потеряли характер фрустрирующих агентов и перестали тревожить ее. Более того, произошла "экстраполяция" на другие обстоятельства, которые ранее мешали больной: она стала вновь общаться со знакомыми мужа, посещать концертные залы и театры. Словом, сознательно принятое женщиной решение поселиться в психологически невыносимом месте обернулось защитным механизмом, выведшим ее из тупика. Аналогичные явления встречаются, очевидно, довольно часто и являются выражением опосредованного сознанием поведения.

Думается, что сознательное принятие "мер защиты" по- иному перестраивает деятельность человека, чем неосознаваемые. Возникновение мер защиты на неосознаваемом уровне приводит большей частью к искажению деятельности, происходит сублимация, некое замещение реальности. Сам процесс "катарсиса" не всегда влечет за собой усиление адекватного отношения к реальности, он часто приводит не к усилению адекватной рефлексии, а к обострению самокопания, к замене реальных отношений искусственно созданными.

При принятии же осознаваемых мер защиты, являющемся частным видом опосредования поведения, происходит восстановление адекватных реальности форм жизнедеятельности человека. Исчезает необходимость сублимации, замещающих действий. Поступки человека начинают детерминироваться реальными мотивами, действия становятся целенаправленными, происходит восстановление нарушенного общения в адекватных целям общения формах. Иными словами, опосредование оказывается в этом случае тем устойчивым личностным свойством, которое и начинает определять образ жизни ("стиль") человека, его самооценку и видение мира.

Опосредованность как устойчивое свойство личности должна учитываться при проведении психологического эксперимента. Это особенно касается патопсихологического исследования, где первостепенное значение приобретает необходимость анализа целостной личности. Это требование непосредственно вытекает из положения Л. С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта. Л. С. Выготский всегда подчеркивал, что анализ интеллекта без учета аффекта означает закрытие возможности исследовать сам интеллект [50]. О необходимости учитывать регулятивные аспекты деятельности испытуемого, его отношение к заданию говорил в свое время и В. Н. Мясищев [136].

Необходимость учитывать процесс саморегуляции особенно отчетливо выступает при исследовании больных, находящихся в реактивном состоянии после психических травм. При

сопоставлении результатов экспериментально психологического исследования и данных истории жизни этих больных выявились особенности нарушения процесса регуляции. Так, исследование Е. С. Мазур [128] показало, что при реактивном состоянии отмечается фиксированность на травмирующих переживаниях, преобладает чисто эмоциональная оценка предлагаемых заданий. В эксперименте это проявилось в нарушении опосредования эмоционально значимых слов при выполнении пиктограммы, в неспособности развивать темы в ТАТ. В эксперименте наблюдалось ослабление самоконтроля, нарушение планирования. Осмысление ситуации носило "патогенный" характер — она воспринималась как "оскорбительная", "несправедливая" и т.п. Регуляция поведения осуществлялась за счет механизмов психологической защиты, которые действовали на неосознаваемом уровне и в конечном счете затрудняли целостную адекватную оценку ситуации, приводили к искаженной интерпретации случившегося.

В упомянутом исследовании Е. С. Мазур [128] выделились две группы больных, преодолевших психотравмирующую ситуацию, и больных, не способных ее преодолеть. У больных первой группы отмечалось возобновление прерванной жизнедеятельности — улучшилось состояние, восстановилось общение, работоспособность, исчезло чувство страха перед будущим. Восстановилась возможность планирования, изменилось отношение к случившемуся, травмирующие переживания потеряли свою актуальность. Исследование показало, что у больных формируется установка на активное преодоление данной ситуации, выход из нее явился результатом активного поиска.

У больных второй группы продолжали сохраняться нарушения сознательной регуляции — они были фиксированы на травмирующих переживаниях, отсутствовали планы на будущее, состояние больных ухудшалось при потере надежды на благоприятное разрешение ситуации, сохранялась искаженная интерпретация случившегося. Больные были пассивны в разрешении критической ситуации, преобладающей реакцией на нее оставался уход в собственные переживания, ситуация продолжала восприниматься как неразрешимая.

Следует отметить, что саморегуляция при овладении психотравмирующей ситуацией осуществляется в процессе осознанного смыслообразования, включающего в себя ряд этапов. На первом этапе происходит оценка и осознание больным ситуации в целом, направленное на выявление причин случившегося, осознание смысла происходящего. На втором этапе — переосмысление ситуации, перестройка системы смысловых отношений. На третьем — изменение смысловой направленности деятельности, возобновление прерванной жизнедеятельности. В тех случаях, когда не происходит формирование процесса осознанного смыслообразования, функция саморегуляции не выступает.

Е. С. Мазур [128] справедливо указывает, что преодоление психотравмирующей ситуации требует сознательной перестройки смысловых отношений личности, восстановления ведущих смысловых образований, нарушенных психической травмой. Описанные данные подтверждают идею Л. С. Выготского о возможности "влиять на аффект сверху, изменяя смысл ситуации", а также идею о том, что "осознать — значит в известной мере овладеть".

Нарушение саморегуляции проявилось и при исследовании соотношения дальних целей и осуществляемой деятельности. Из общей психологии мы знаем, что в саму деятельность человека включена и временная реальность [69; 216].

Осуществляя свою деятельность в настоящее время, человек руководствуется и *дальними целями*. В исследованиях М. Стехлика [178] показано, что у большинства же больных эпилепсией и шизофренией дальние цели не участвуют в регуляции их поведения. Первоначально у больных шизофренией теряется смыслообразующая функция дальних целей, у больных эпилепсией дальние цели, так же как и их деятельность, становятся инертными. Этот процесс постепенно приводит к полному отсутствию дальних целей в саморегуляции их поведения.

7. НАРУШЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ И СПОНТАННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ

Нарушение опосредованности тесно связано с нарушением критичности, подконтрольности поведения. Нарушение критичности проявляется по-разному; оно может выступать в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, когда человек не сравнивает свои действия с ожидающимися результатами, когда он не замечает своих ошибок и не исправляет их [86].

О критичности мышления говорил С. Л. Рубинштейн, подчеркивая, что "возможность осознать ошибку является привилегией мысли" [159]. Выделяя качества ума, Б. М. Теплов оценивает критичность как "умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке" [184].

Понятие критичности носит в психиатрии неоднозначный характер; часто имеется в виду критичность к бреду, галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Особенно важен тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. Нередко некритичность принимает особую форму, проявляясь в виде нарушений спонтанности поведения, инактивности. Подобное поведение мы часто наблюдали у больных с грубыми поражениями лобных отделов мозга. При поверхностном наблюдении эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что больные правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Они сами не предъявляли жалоб, считали себя здоровыми, готовыми нести и дальше свои трудовые обязанности; лишь путем настоятельных опросов и бесед удалось выяснить, что у них имеют место головные боли и другие недомогания, которым они не придавали значения: "пустяки, поболит голова и пройдет", "чувствую некоторую слабость, отлежусь недельку и могу обратно пойти на фронт" — подобные фразы были частыми их высказываниями. Соматическое состояние этих больных часто было хорошим.

Однако поведение этих больных обнаруживало патологические особенности. Адекватность их поведения была кажущейся. Так, они помогали сестрам, санитарам, если те их просили, но они с той же готовностью выполняли любую просьбу, даже если она шла вразрез с принятыми нормами поведения. Так, больной К. взял без разрешения у другого больного папиросы, деньги, так как кто-то "его попросил сделать это"; другой больной Ч., строго подчинявшийся режиму госпиталя, "хотел накануне операции выкупаться в холодном озере, потому что кто-то сказал, что вода теплая".

Иными словами, их поведение, действия могли в одинаковой мере оказаться адекватными и неадекватными, ибо они были продиктованы не внутренними потребностями, а чисто ситуационными моментами. Точно так же отсутствие жалоб у них обусловливалось не сдержанностью, не желанием замаскировать свой дефект, а тем, что они не отдавали себе отчета ни в своих переживаниях, ни в соматических ощущениях.

Эти больные не строили никаких планов на будущее: они с одинаковой готовностью соглашались как с тем, что не в состоянии работать по прежней профессии, так и с тем, что могут успешно продолжать прежнюю деятельность. Больные редко писали письма своим

родным, близким, не огорчались, не волновались, когда не получали писем. Отсутствие чувства горести или радости часто выступало в историях болезни при описании психического статуса подобных больных. Чувство заботы о семье, возможность планирования своих действий были им чужды. Они выполняли работу добросовестно, но с таким же успехом могли бросить ее в любую минуту.

После выписки из госпиталя такой больной мог с одинаковым успехом поехать домой или к товарищу, который случайно позвал его.

Действия больных не были продиктованы ни внутренними мотивами, ни их потребностями. Отношение больных к окружающему было глубоко изменено. Это измененное отношение особенно отчетливо выступает, если проанализировать не отдельные поступки больного, а его поведение в трудовой ситуации. Трудовая деятельность направлена на достижение продукта деятельности и определяется отношением человека к этой деятельности и ее продукту.

Следовательно, наличие такого отношения к конечному результату заставляет человека предусматривать те или иные частности, детали, сопоставлять отдельные звенья своей работы, вносить коррекции. Трудовая деятельность включает в себя планирование задания, контроль своих действий, она является прежде всего целенаправленной и сознательной. Поэтому распад действия аспонтанных больных, лишенных именно этого отношения, легче всего проявляется в трудовой ситуации обучения.

Анализ трудовой деятельности этих больных был предметом исследования С. Я. Рубинштейн [161]. С. Я. Рубинштейн отмечает, что больные, начав что-либо делать, редко прекращали работу по своей инициативе: это случалось лишь при каких-либо внешних поводах, например при поломке инструмента, запрещении персонала и т.п. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что они почти не регулировали своих усилий, а работали с максимально доступной интенсивностью и темпом, вопреки целесообразности. Так, например, больному А. поручили обстрогать доску. Он строгал ее быстро, чрезмерно нажимая на рубанок, не заметил, как всю сострогал, и продолжал строгать верстак. Больного К. учили обметывать петли, но он так поспешно, суетливо протягивал иглу с ниткой, не проверяя правильности сделанного прокола, что петли получались уродливыми, неправильными. Работать медленнее он не мог, как его ни просили об этом. Между тем, если инструктор садился рядом с больным и буквально при каждом стежке "покрикивал" на больного: "Не торопись! Проверь!" — больной мог сделать петлю красивой и ровной, он понимал, как это нужно сделать, но не мог не спешить.

Выполняя простейшее задание, больные всегда совершали множество излишних суетливых движений. Они, как правило, работали по методу "проб и ошибок". Если инструктор спрашивал о том, что они предполагают нужным сделать, то очень часто ему удавалось получить правильный ответ. Будучи, однако, представлены сами себе, больные редко пользовались своей мыслью как орудием предвидения [161].

Это безучастное отношение к своей деятельности выявилось в процессе экспериментального обучения. В течение 14 дней с этими больными проводилось систематическое обучение: заучивание стихотворения, складывание мозаики по предложенному образцу и сортировка пуговиц. Была выделена группа больных с массивными поражениями левой лобной доли, у которых клиника и психологическое исследование выявили грубый синдром аспонтанности. Больные были в, состоянии механически выучить стихотворение, они могли легко выложить фигуры из мозаики, но не могли спланировать рациональные приемы или видоизменить предложенные им извне, чтобы закрепить или ускорить работу. Так, выкладывая мозаику без плана, они не усваивали и не переносили предложенные им извне приемы и на следующий день повторяли прежние ошибки; они не могли овладеть системой обучения, планирующей их деятельность. Они не были заинтересованы в приобретении новых навыков обучения, совершенно безучастно относились к нему, им были безразличны конечные результаты.

Поэтому они и не могли выработать новых навыков: они владели старыми умениями, но им было трудно освоить новые.

Пассивное, аспонтанное поведение сменялось нередко у этих больных повышенной откликаемостью на случайные раздражители. Несмотря на то что такого рода больной лежит без всякого движения, не интересуясь окружающим, он чрезвычайно быстро отвечает на вопрос врача; при всей своей пассивности он часто реагирует, когда врач беседует с соседом по палате, вмешивается в разговоры других, становится назойливым. В действительности же эта "активность" вызывается не внутренними побуждениями. Подобное поведение следует трактовать как ситуационное.

Ранее говорилось о том, что характер каждого конкретного действия, его строение определяются мотивом, который стоит за ним. И здоровый человек, и "лобный" больной действуют в ситуации эксперимента под влиянием инструкции экспериментатора; следовательно, для обоих ситуация эксперимента имеет характер побудительного, действенного мотива. Однако ситуация эксперимента приобретает для испытуемого не только побудительный характер к действию, последнее включается всегда в какую-то смысловую систему. Ситуация приобретает и смыслообразующий характер, который является для дифференцированной человеческой психики и побудительным. Часто предполагается, что оба эти момента разделены, что то, что имеет побуждающее значение, не перекликается с тем, что смыслообразует; получается впечатление, что смыслообразующий момент находится в одном, а побуждающий — в другом.

Однако нередко может возникнуть такая ситуация, когда действие производится без соответствующего смыслообразующего мотива или потребности. Дело в том, что в нашем окружении всегда существуют вещи, явления, которые в прошлом служили средством удовлетворения потребности: если у человека в данной ситуации не возникает смыслообразующий мотив, то эти вещи могут приобрести побудительное значение. Так, например, попавший в наше поле зрения мяч вызывает желание его подбросить. Колокольчик "вызывает" желание позвонить и т.п. Вещь как бы требует известной манипуляции с ней; и здоровый человек совершает нередко поступки под влиянием "побудительного" значения этих вещей. В таких случаях принято говорить о немотивированном поведении (например, придя в магазин, человек покупает ненужную ему вещь). К. Левин называл, как известно, такое поведение "полевым" [219].

Следует, конечно, подчеркнуть, что внешне совершенно одинаковые ситуации могут иметь различную психологическую значимость для личности. Психологическая ситуация всегда находится в тесной связи с потребностями и мотивами человека; одна и та же внешняя ситуация может для одной и той же личности приобретать разный смысл. Так, например, встреча одних и тех же людей при внешне одинаковых обстоятельствах может протекать в различных психологических "полях", если их личные взаимоотношения изменились. Естественно, конечно, что обе эти психологические ситуации при формальном их сходстве приводят к противоположным по качеству аффективным переживаниям. В зависимости от целей и желаний как бы меняется психологическая значимость вещей. Вспомним пример К. Левина, который говорит, что мы можем не заметить почтовый ящик, если нам не нужно опустить письмо, но мы сразу его увидим, будучи на другой стороне улицы, если имеется письмо, которое нужно отослать. Мы не только увидим этот ящик, но мы, не сознавая вполне нашего действия, опустим письмо в него. Существует взаимоотношение между потребностями и "побудительным характером" отдельных моментов ситуации. Но это отношение не нужно понимать элементарно, оно носит сложный, опосредованный характер. Деятельность и переживания личности, ее мотивы настолько сложны, что поведение человека не направляется прямыми путями к реализации и удовлетворению потребности. Человек не подчиняется слепо ситуации, он способен, исходя из более вершинных потребностей, владеть своим поведением. Происходит перестройка потребностей из периферических слоев личности

к более высшим и центральным, и человек способен "стать над ситуацией", как бы изменить ее психологический смысл для себя.

Поэтому, хотя подчинение ситуационным моментам часто встречается в структуре поведения здорового человека, оно не свидетельствует о его патологии, такое поведение не является ведущим, оно встречается при усталости, переутомлении, при аффективном напряжении. Оно является в этих случаях преходящим, выступает лишь в виде эпизодов и не нарушает целенаправленности деятельности человека.

Освобождение человека от ситуационной зависимости можно проследить и в онтогенезе. Чем меньше ребенок, чем диффузнее его потребности, чем меньше выражено его отношение к окружающему, тем больше он подчиняется окружающему "полю", и, наоборот, с развитием ребенка, с развитием его самосознания уменьшается и подверженность поведения ребенка ситуации. В этой дифференциации себя от окружающего и в этом освобождении себя от "власти ситуации" и кроется начало произвольного отношения к окружающему.

Ситуационное поведение больных с поражением лобных долей мозга носило стойкий характер, оно определяло характер поведения и поступков больного, оно было доминирующим.

Какие же формы принимало это ситуационное поведение у описываемой группы больных? Признаки ситуационного поведения часто выступали в клинике в виде внушаемости и подчиняемости. Такого рода больные вели себя вполне адекватно, если какой-нибудь внешний момент не нарушал эту внешнюю сохранность.

Мы имели возможность наблюдать больного, который был как бы образцом аспонтанности. По целым дням он лежал на кровати, ничем не интересуясь, когда к нему приходили на свидание товарищи или родные, он не изъявлял никаких желаний, ни о чем их не расспрашивал и не просил — у этого больного не было никаких побуждений к какому-нибудь действию; тем более были все удивлены, когда узнали, что этот больной украл у соседа по палате папиросы. Как потом выяснилось, он совершил этот поступок не из-за корыстных целей, а лишь исключительно из-за того, что какой-то малознакомый ему сосед по палате "попросил его". Такое поведение явилось лишь ответом на требование извне.

Ситуационное поведение таких больных не ограничивается внушаемостью и подчиняемостью. В некоторых случаях оно принимало гротескный характер. Не живые отношения между людьми, не просьбы и инструкции становятся источником их деятельности; в своем грубом проявлении эта подчиняемость выражается в том, что для больных как бы оживает функциональная значимость отдельных вещей без адекватной необходимости; "побудительное значение" вещи как бы оголяется и выступает без отношения к смыслообразующему характеру ситуации.

Для примера приводим поведение больного Г. Весь день больной проводил в постели, не участвуя в жизни отделения, он не только не интересовался окружающей жизнью, но и к собственной участи, к состоянию своего здоровья был безучастен. Когда у него была обнаружена слепота на один глаз, его это не встревожило. "И так видно, что нужно", — заявил он беспечно.

Если же этот аспонтанный больной выполнял какие-нибудь действия, то они всегда зависели от конкретных вещей, которые попадали в поле его зрения. Войдя в кабинет врача, подходил к книжному шкафу, вынимал книгу, начинал ее перелистывать. Увидев карандаш, начинал писать, даже если перед ним не было бумаги; заметив на стене объявления, подходил к ним, начинал читать. В кабинете стояло несколько стульев: больной садился поочередно на каждый из них.

Подобная "откликаемость" часто видоизменяет само задание и принимает характер "вплетений" только что виденного и слышанного. Больной срисовывает геометрические фигуры и вдруг вписывает в круг слово "обход", так как при нем только что говорили о

врачебном обходе. Другая больная, складывая числа, приписала "авария", так как рядом с ней лежала картинка, изображающая аварию.

Резко выраженная "откликаемость" могла привести к полному распаду действия. Так, одна из больных срисовывала по просьбе врача картинку. Вошел другой врач и положил по другую сторону книжку. Больная тотчас взяла книгу, стала ее перелистывать, а потом обращалась то к книге, то к рисунку.

В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни и протоколов больного П.

Больной П., 1897 г. рождения, образование 5 классов. Поступил в больницу им. П. Б. Ганнушкина 12/X 1944 г., умер 10/X 1945 г.

Жалоб при поступлении не высказывает. Заявил, что здоров, беспокоит лишь небольшая слабость. Получил ранение 4/IV 1944 г. Был ранен пулей навылет в области лба. К вечеру в тяжелом состоянии, поступает в полевой госпиталь. На второй день после ранения оперирован. Под местной анестезией произведено расширение кожных ран в правой и левой лобных областях. Твердая мозговая оболочка разрушена соответственно дефекту кости.

В послеоперационном периоде — легкие менингиальные знаки, затемненное сознание с двигательным беспокойством. С последних чисел апреля отмечено появление пролабирования мозгового вещества справа, несколько позднее появилась легкая ликворрея.

В дальнейшем имеются указания, что больной крайне вял, ничем не интересуется, ко всему глубоко безразличен. Жалоб не высказывает. В месте и времени грубо дезориентирован.

В таком состоянии 8/VII поступает в госпиталь. В неврологическом статусе: сглаженность левой носогубной складки и небольшая слабость в левой руке. Больной ничего не знает о ранении, не ориентирован в месте, времени и окружающем. Крайне вял, ко всему глубоко безразличен. Настроение беспечное, нередко с оттенком эйфории. Конфабулирует, заявил, что у него на свидании была жена с детьми, что он ежедневно ездит куда-то лечиться и т.д.

По консультации проф. А. С. Шмарьяна больной был переведен в психоневрологическую больницу № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

Неврологический статус: амимия. Зрачки широкие, правильной формы, равной величины. Реакция на свет и конвергенцию удовлетворительная. Слегка сглажена левая носогубная складка. Кончик языка отклоняется влево. Небольшое понижение мышечной силы в левой руке и отчасти в левой ноге. Сухожильные рефлексы высокие, слева выше, чем справа. Брюшные живые, справа несколько выше. Клонус правой коленной чашки. Иногда намек на с. Бабинского слева. Двусторонний с. Майера. Справа выраженная ладонно-подбородочная проба. В позе Ромберга неустойчивое положение. Афазических и апрактических нарушений нет.

На рентгенограмме черепа: в лобной кости справа — послеоперационный дефект размером 21/2x4 см, слева — 21/2x2 см.

На энцефалограмме от 27/11 1945 г. резко выраженная внутренняя гидроцефалия, преимущественно на счет лобных рогов.

На электроэнцефалограмме от 9/11 1945 г.: патологический дельта-ритм с левой лобной области.

Психический статус: больной во времени, месте и окружающем ориентирован неправильно. Так, в одном случае заявляет, что сейчас 1940 г., в другой раз называет 1942, 1947. После многомесячного пребывания в отделении заявляет, что находится здесь всего несколько дней, в другом случае говорит, что здесь находится давно, больше трех лет. Чаще всего заявляет, что находится где-то вблизи Москвы, что это учреждение с множеством функций, главным образом производственных, и что сюда он скорее всего направлен для повышения квалификации. Персонал принимает за мастеров, педагогов, заведующих учебной частью, делопроизводителей. Иногда лишь допускает, что это лечебное учреждение, где лечатся раненые, но при этом весь персонал принимает за санинструкторов или медицинских сестер.

Анамнестические сведения сообщает разноречиво. С его слов с определенностью можно установить лишь его месторождение и количество членов семьи. Правильно определяет свою профессию, дату призыва в армию; не может сказать, в каких участвовал боях, где, когда и при каких обстоятельствах был ранен. При соответствующих наводящих вопросах указывает, что ранен в голову в ноябре шестнадцатью тяжелыми осколками мин.

В отделении весь день проводит в постели. Часами лежит в застывшей однообразной позе с безразличием и безучастием ко всему происходящему вокруг. По собственной инициативе никогда ни к кому не обращается, но на поставленные вопросы отвечает мгновенно, не задумываясь над их содержанием. С такой же быстротой выполняет предлагаемые ему элементарные действия.

Больной не вникает в сущность поставленных ему вопросов, не замечает противоречий, считает все возможным и доступным. Так, при определении своего возраста и возраста близких заявляет, что его жена и дети 1916 г. рождения, причем дочь родилась на три месяца раньше сына. В другой раз заявляет, что ему 50 лет, он родился в 1916 г., а дети — в 1937 г., но каждому из них не меньше 30-40 лет. Не замечает нелепости ответа. Видя сомнения врача, заявляет: "У нас в деревне всегда так было".

Для него все представляется возможным. Так, деревня К– ха, его родина, находится отсюда далеко, но ничего не стоит ее приблизить к отделению. Зная, что на улицу можно выйти только через дверь, с легкостью соглашается с тем, что можно для этих целей пользоваться и глухой стеной. С готовностью показывает, как это можно осуществить. Столкнувшись со стеной лицом, не чувствует себя смущенным, заявляет: "Здесь не пройдешь, в другом месте можно".

Крайне внушаем. Легко соглашается с любым утверждением, даже нелепым, с такой же легкостью от него отказывается. Так соглашается с тем, что за окном течет река, а на грядках лежит толстый слой снега (в действительности — теплый солнечный день). Однажды, спрошенный по поводу причины всеобщего оживления в отделении, ответил: "Должно быть кого-то хоронят". На замечание, что это не так, не задумываясь, ответил: "Может быть и свадьба" и т.д.

Часто при соответствующих наводящих вопросах имеют место конфабуляторные высказывания. Так, на вопрос, почему он так много спит, отвечает: "Устал, отдыхаю". Объясняет это тем, что он часто ездит по специальным нарядам на работу. Иногда указывает, что по возвращении с работы "в лесочке пришлось повоевать с немцами". Справился с ними быстро. Несколько раз заявлял, что у него на свидании были дети.

Полностью отсутствует осознание болезни. Считает себя здоровым. Готов в любую минуту поехать на фронт. Не сомневается в том, что справится с заданиями командования. Допускает, что из-за слабости не сможет быть пулеметчиком, но с более легким оружием справится без труда. Имеющиеся костные дефекты в лобной области и подкожные пролапсы мозгового вещества отрицает. Заявляет, что это шишки, появившиеся недавно, после драки с товарищами, и что они скоро пройдут.

Настроение беспечное, в беседе оживляется, смеется. Своим состоянием не озабочен. Пребыванием в отделении не тяготится. Заявляет, что о будущем никогда не думает: "Все давным-давно передумано". Родных не вспоминает и по собственной инициативе никогда не прочтет полученного из дому письма. Вместе с тем, когда письмо кем-то читается, больной внимательно вслушивается в содержание, нередко плачет. Объяснить причину плача не может: "Что-то льются слезы, но почему, не знаю".

Часто бывает неопрятен. На замечания персонала и больных по поводу неопрятности не реагирует. Считает, что это явление не заслуживает особого внимания.

Имеет место повышенный аппетит, однако сам больной никогда не обращается с просьбой накормить его. Крайне легко теряет выработанные годами навыки. Так, ввиду плохого самочувствия он в течение трех дней ел из рук персонала. Это оказалось достаточным для того, чтобы в последующие дни самому не брать пищу.

На фоне указанных явлений временами у больного удается получить правильный ответ. Он иногда правильно определяет месяц, даты установления Советской власти, начала Великой Отечественной войны и т.д. Поведение больного в основном нецеленаправленно. Так, увидев на вешалке около кабинета пальто, шляпу и зонт, он, не задумываясь, одевает на плечи пальто, на голову шляпу и с раскрытым зонтом возвращается в палату. Объяснить свой поступок не может.

Со второй половины 1945 г., несмотря на проводимое лечение, заметно нарастают аспонтанность, вялость, адинамия, сонливость.

10/X 1945 г. больной скончался. До последнего дня, несмотря на крайне тяжелое состояние, ни на что не жаловался, охотно ел, заявлял лишь, что немного ослаб, поэтому и лежит в постели.

На вскрытии обнаружены: диффузный гнойный лептоменингит, абсцесс правой лобной доли с прорывом в желудочную систему.

Патологоанатомическое исследование выявило в лобной коре (64, 44 и 10-е поля): субарахноидальные кровоизлияния, очаги размягчения с образованием зернистых шаров и гнойный процесс с лимфоидно–плазмоцитарной инфильтрацией. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация отмечается и в области подкорковых узлов и продолговатого мозга. На остальном протяжении коры имеется лишь набухание нервных клеток. Архитектоника коры не нарушена. Нервные клетки с хорошо выраженной нислевской субстанцией.

Данные экспериментально-психологического исследования. С больным были проведены три экспериментально– психологических исследования: два — в январе и третье — в июне 1945 г.

Во время первых двух исследований поведение больного было спокойное, он беспрекословно подчинялся экспериментатору, при этом неоднократно брался за выполнение задания, не дослушав инструкции до конца. На замечание экспериментатора, что раньше надо внимательно выслушать инструкцию, добродушно отвечал: "Ну, говорите, говорите, я вас слушаю", и тут же отвлекался на побочные раздражители. Все поведение больного, все его действия носили нецеленаправленный характер.

Нецеленаправленность больного выступала уже при предъявлении картины, изображающей человека, провалившегося в прорубь; людей, бегущих ему на помощь; столб у проруби с надписью "осторожно". Больной говорит: "Суматоха какая-то, парни бегут, может в атаку идут, война".

Экспериментатор. Всмотритесь внимательнее, разве эти люди похожи на солдат?

Больной. Да, вы правы, это не солдаты, это штатские, ну что же, может, это партизаны; они ведь по-разному были одеты.

Экспериментатор. Посмотрите повнимательнее.

Больной (всматривается в человека, провалившегося в прорубь). "Ах, да, человек тонет, а эти спешат на выручку" (при этом больной не чувствует неловкости по поводу своей ошибки, никак не относится к ней).

Экспериментатор. Значит, это не изображение войны?

Больной (безразличным голосом). А кто его знает.

Еще большую трудность вызывало предъявление серии картин, изображающих какой-то определенный сюжет.

Инструкция требовала от больного раскладывания в последовательном порядке картинок согласно их смыслу; в данном случае было предъявлено 5 картинок, изображающих в последовательном порядке поломку и починку колеса. Больной раскладывает так, что в качестве первой картинки оказывается 5-я, затем идут 3, 2, 4 и 1-я. Задача не выполняется больным потому, что единая смысловая Линия заменяется описанием отдельных деталей и компонентов картин. Нецеленаправленность больного принимала различные формы в зависимости от предъявленной задачи.

Таблица I

Заданное слово	Способ изображения	Мотивировка	Воспроизведение
Веселый праздник	Флаг	В праздник носят флаги	Флаг
Темная ночь	Луна	Когда темно, восходит луна	Луна
Развитие	Турник	Развитие мускулов	Развитие
Теплый вечер	Луна	Пусть будет луна	Ночь, облака

Сомнение	С	Пусть будет буква "С"	Не знаю
Смелый поступок	С	Смелый начинается на "С"	Какая-то смесь, не знаю
Больная женщина	—	Это кровать, больная всегда лежит на кровати	Кровать

С особой отчетливостью это нарушение выступало при активном воспроизведении слов. Больному было предложено запомнить 10 слов при последовательных десяти предъявлениях.

Больной удержал 4-5 слов и при дальнейшем предъявлении продолжает повторять те же элементы. При этом он не сличает количество слов с заданным количеством; процесс запоминания представляет собой воспроизведение первоначально удержанной группы. Больной не делает никаких попыток для расширения числа удержанных слов. "Кривая запоминания" носит характер плато.

Особенно четко выступила измененная структура деятельности при опосредованном запоминании. Больному было предложено запомнить ряд слов; при этом он должен был выбрать для этого картинку (метод *А. Н. Леонтьева*) либо изобразить на бумаге рисунок, который помог бы ему воспроизвести слово (метод пиктограмм по *А. Р. Лурия*, табл. I).

Приведенная таблица показывает, что больной понял задачу, выполнял ее, но возникающая связь между изображением и словом не была использована им. Сами ассоциации возникали, но они не выполняли своей функции опосредования. Нарушенным оказался не процесс образования связей, а его избирательное использование.

Еще в 30-х гг. А. Н. Леонтьев показал, что развитие сложных форм идет по пути использования особой стратегии мнестической деятельности, а именно по пути использования опосредованных средств запоминания. Именно этой избирательной стратегией больной сейчас не мог адекватно пользоваться.

Не менее четко выступала аспонтанность больного и при решении мыслительных задач, например при установлении аналогии между понятиями.

Приводим примеры, как больной решает эту задачу (надо найти аналог отношения "песня — глухой" для слова "картина").

"Если песня — глухой, то картина, галерея... В Третьяковке они висят, я там редко бывал..."

Экспериментатор. Подумайте, как относится глухой к песне?

Больной. Ну, он ее не слышит, конечно, ах, вот что, если слепой, то он не увидит картины, ну что же, бывает так, можно прожить и без картины, а то, что он не видит, — это плохо... ему нужен поводырь; да вот песня — глухой, слепой — поводырь.

На этом примере мы видим, как больной может осмыслить задание, но он "уводится" побочными ассоциациями, он даже прибегает к словам, которые в тексте не обозначены.

Этому же больному была предложена задача на замещение пропущенных слов в тексте (текст Эббингауза).

Больному предлагался следующий рассказ (выделенные слова вставлены больным): "Один человек заказал пряхе тонкие **руки** . Пряха спряла тонкие нитки, но человек сказал, что **нитки** толсты и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряха сказала: "Если тебе эти **не тонки** , то вот тебе другие", и она показала на **глубокое** место. Он сказал, что не видит. "Оттого и не видишь, что они тонки, и я сама их не вижу". Человек обрадовался и заказал себе такие **дела** , а за эти заплатил деньги". Вместе с тем этот же больной мог иногда справиться с интеллектуальным заданием, если его стимулировали. Так, больному предлагалось выбрать подходящую фразу к пословице "Не все то золото, что блестит" из следующих фраз: 1) золото легче железа: 2) не надо судить о человеке по наружности: 3) самовар блестел как золото.

Больной берет в руки карточку с фразой "Не надо судить о человеке по наружности" и говорит: "Вот эта будет правильной", но тут же откладывает ее и берет карточку с фразой "Самовар блестел как золото", мотивируя: "Да, эта тоже подходит, потому что самовар можно так начистить, что он даже лучше золота блестеть будет".

Экспериментатор. Правильно ли Вы делали? Каков смысл поговорки?

Больной. А смысл может быть разным, ведь не всегда о самоваре речь идет, может идти и о людях.

Экспериментатор. Подумайте хорошенько. Смысл-то ведь скрытый, ведь это пословица.

Больной. Подумаю, да вот эта фраза больше подходит, действительно не надо судить по внешности. Вот эту.

Экспериментатор. Значит Вы ошиблись?

Больной. А кто его знает. Да, вероятно, ошибся. Бывает, что ошибаешься.

Больной не реагирует на замечание экспериментатора, не выражает ни удивления, ни огорчения по поводу допущенной ошибки.

Таким образом, приведенная выписка из протоколов эксперимента показывает особую структуру нарушений мыслительной деятельности больного: они не сводятся к нарушению интеллектуальных операций и являются индикатором более общего "радикала" — его аспонтанности, утери возможности регулировать свои действия.

Хотя больной может выполнить экспериментальное задание, требующее от него обобщения, например он смог классифицировать объекты на основании какого-то признака или передать содержание какого-нибудь текста, однако этот модус выполнения является неустойчивым, легко нарушается и заменяется нанизыванием случайных ассоциаций, которые не перерабатываются и не анализируются больным.

А. Р. Лурия [124] правильно указывает, что подобные больные не в состоянии систематически анализировать условия задачи. Он говорит о том, что у этих больных отмечается дефект их предварительной ориентировочно- исследовательской деятельности. Логический ход суждений заменяется осколками фраз, фрагментарными связями и ассоциациями. Об этом свидетельствуют и данные исследования восприятия описанного выше больного, у которого выступил чрезвычайно любопытный феномен. Больной, не имеющий агностических расстройств, в некоторых случаях вел себя как агностик; он нечетко узнавал нарисованные предметы, если предметы были несколько затушеваны, нарисованы пунктиром; при настойчивой же просьбе экспериментатора посмотреть внимательно больной узнавал эти предметы.

Аналогичное явление выступило у больного при показе фигур Рубина, при фиксации которых фигура и фон попеременно меняются.

Известно, что если процесс смены фигуры и фона долго не наступает, то достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы он смог произвольно вызывать этот процесс. Наш больной не в состоянии был сделать это. Увидев в фигуре "вазу", он не смог увидеть "профиля": "Что вы, доктор, какие же это лица?" Точно так же этот больной не видел никаких образов в пятнах Роршаха: "Кляксы какие-то, черные, белые, розовые пятна, больше ничего".

Таким образом, нарушение произвольности, невозможность управлять своими действиями выступают у подобного больного при любом исследовании.

Аналогичные результаты были получены и у других больных этой группы. Их бездумное поведение в клинике и в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе — все это

указывает на то, что действия больных не были подчинены личностным целям и не регулировались ими.

Выполнение любого задания, в том числе и экспериментального, предполагает понимание того, какое значение имеет выполняемая работа в данной конкретной ситуации. Выполнение действия предполагает и знание средств для работы, но, самое главное, человек должен уметь оценить, насколько его собственные действия соответствуют поставленной задаче. И, чтобы такая оценка могла осуществиться, необходимо, чтобы человек понимал свои цели и возможности, чтобы он действовал из осознанных мотивов. Об этом хорошо сказал уже И. М. Сеченов: "Когда человек что-нибудь придумывает или силится что-нибудь вспомнить (все это фигурное выражение), значит, мысль, которую он ищет, нужна ему для какого-нибудь дела, иначе он был бы сумасшедший; дело и есть, стало быть, мотив, определяющий те темные процессы, которые фигурно называются поисками или стараниями придумать, припомнить" [171, 167]. Таким образом, И. М. Сеченов считает, что мысль и действия здорового человека должны быть направлены делом, мотивом.

У описываемой группы больных отсутствовал мотив, ради которого они выполняли то или иное задание.

Их действия были в равной степени как бездумными, так и немотивированными. Их поведение не было обусловлено ни адекватным отношением к окружающему, ни к себе. Они не осознавали ни своих поступков, ни своих суждений. У них была анозогнозия не только по отношению к своей болезни, но и по отношению к своему поведению.

Утеря возможности оценивать себя и других разрушала самым гротескным образом деятельность больных; она являлась индикатором их грубого личностного нарушения.

В заключение анализа аспонтанности нам хотелось бы остановиться на одном, казалось бы, парадоксальном явлении. Нередко вышеописанная сверхоткликаемость сочеталась у больных с тенденцией к персеверациям. Симптом персеверации был описан А. Р. Лурия еще в 1943 г. у больных с нарушениями премоторной зоны мозга. Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могли переключиться на другой его компонент. А. Р. Лурия описывает явления персеверации (в двигательной и речевой сферах) также у больных с массивными поражениями лобных долей мозга. Он пишет, что "удержание избирательных следов словесной инструкции оказывается в подобных заданиях настолько трудным, а влияние инертных действий, вызванных предшествующей инструкцией, настолько сильным, что правильное выполнение заданий заменяется фрагментами прежних действий" [126, 207].

Нами исследовался совместно с Ю. Б. Розинским больной, который, проводя движением пальца по направлению реки на географической карте, продолжал это до тех пор, пока на карте образовывается дыра; начав чертить круг, он продолжает это круговое движение, пока его не остановят. Меняя задание, чертить то круг, то дом, мы получали неоформленную смесь того и другого — дом закругляется, а в круг привносятся детали прямых сторон.

Если больной рисовал подряд несколько– кружков, то ему трудно было переключаться на рисунок дома; после того как он нарисовал несколько раз дом, он не может нарисовать круг, а приделывает к нему крышу.

Эти персеверации выступали в письме. Больному предлагается написать: "Сегодня хорошая погода". Вместо этого он пишет: "Сегого гохоророшая я погодада".

Наряду с персеверациями у этого больного резко выступает откликаемость: экспериментатор просит его передать спичку другому больному; больной берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее. Требуемое от него действие он не выполняет. Когда больного просят подать

стакан воды, он сам начинает пить из него воду. Увидев лежащие на столе ножницы, больной начинает резать покрывающую стол бумагу.

Казалось бы, что ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как механизмом персевераций является инертность, ситуационное же поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. В действительности же оба этих противоречащих друг другу феномена — застойность персевераций и сверхпереключаемость ситуационного поведения — смыкаются.

Противоречивость здесь мнимая: симптом персеверации, так же как и откликаемость, является лишь по-разному оформленным проявлением аспонтанности. Иными словами, оба этих явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив. Доведенная до своего апогея аспонтанность разрушает в корне строение деятельности, лишает ее основного человеческого качества личностного отношения и осмысленной направленности, критичности и подконтрольности. Сочетание откликаемости и персевераций мы наблюдали не только с "лобным синдромом". Так, исследуя вместе с С. Я. Рубинштейн больных гипертонической болезнью, мы могли в некоторых случаях и у них отметить это парадоксальное явление.* Сверхбыстрая откликаемость подобного рода больных на внешние случайные моменты приводила к нарушению их ориентировки. Например, сосед по палате оказался слесарем, больной считает, что он в мастерской; через минуту он услышал чтение газеты, откликнувшись на него, он считает, что он в клубе. Тут же больной услышал пение в соседней палате и быстро решил, что он в театре. Каждый отдельный раздражитель определяет ориентацию больного, и, таким образом, у больного создается какое-то своеобразное прерывистое восприятие окружающего.

---

* Следует отметить, что в психиатрической клинике нередко встречается подобное сосуществование, казалось бы, противоречивых симптомов, например при так называемом кататоническом синдроме наблюдают обездвиженность и возбуждение.

Откликаемость этих больных, сочетаясь с персеверациями, нарушала и строение речи. Последняя изобиловала парафазиями, персеверациями. Например, больному Г. (гипертоническая болезнь) была показана карточка с изображением петуха; больной отвечал, что это яблоко. Вслед за этим, когда ему предъявляли очки, он отвечал: "Это ножка от яблока". "Яблоко" застряло персеверативно, а слово "ножка" возникло при взгляде на ручку очков.

Г. В. Биренбаум наблюдала подобную откликаемость и склонность к персеверациям у больных с органическими психозами и в некоторых случаях острого шизофренического процесса.

Исследования, проведенные мною вместе с С. Я. Рубинштейн, показали, что эти нарушения динамичны и преходящи. Мы неоднократно имели возможность убедиться в том, как больные, ответы и поведение которых были предельно нелепы вследствие своей откликаемости с персеверацией, тут же адекватно реагировали на окружающее. Речь их становилась правильной, действия разумны. Персеверации и откликаемость исчезали.

Все эти данные заставляют предположить, что механизмом парадоксального сочетания откликаемости и персеверации является снижение бодрственного состояния мозга. Резкое сочетание откликаемости и грубых персевераций при лобном синдроме обусловлено не одним лишь поражением лобных долей мозга, а что и в этих случаях речь идет об измененном состоянии бодрственности коры. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных, у которых описанное парадоксальное сочетание было бы особенно выражено, локальный процесс был осложнен органическими процессами диффузного характера (менингоэнцефалит, абсцесс, хронические сепсис).

Следует, однако, отметить, что симптом откликаемости сам по себе носит у больных с "лобным" симптомом иной характер, чем у больных с другими органическими поражениями мозга. Больные с диффузным поражением мозга выявляют какое-то, пусть смутное, отношение к откликаемости; они сами ее отмечают; иногда даже пытаются противостоять ей. "Лобные" же больные никогда не замечают неадекватности своих поступков.

Несмотря на то что откликаемость больных при гипертонии носит тоже нелепый характер, за ней скрыта часто попытка ответить на предлагаемый вопрос, она возникает нередко при трудных задачах и является часто следствием чрезмерного интеллектуального напряжения больного. Откликаемость же "лобного" больного не вызывается напряжением.

Откликаемость больного с диффузным поражением мозга тоже дезорганизует его поведение, но она не является доминирующей; у "лобного" больного поведение может внешне казаться не дезорганизованным, однако именно откликаемость по существу определяет его поведение.

Сопоставление откликаемости больных обеих групп дает некоторые опорные пункты для дифференциально диагностических вопросов. Но кроме этого практического значения постановка и выяснение этого вопроса имеют еще и теоретическое значение. Это сопоставление показывает, что откликаемость может стать доминирующей линией поведения, определяющей поступки и действия больного только в том случае, когда у больного изменено отношение к себе и к окружающему, когда он не может отнестись к своим поступкам критически, когда у него нет их оценки. Следовательно, только при наличии грубого личностного распада откликаемость, которая является характеристикой сниженного бодрствования, дезорганизует поведение больного. И у больного с диффузными органическими поражениями может появиться готовность к недифференцированной реакции, но лишь благодаря изменению строения сознания больного, выступающему в виде аспонтанности, эта готовность превращается в стойкий распад целенаправленной деятельности. Для того чтобы оказалось нарушенным столь сложное социальное образование, каким является человеческое поведение, для того чтобы перестали действовать высшие, социальные мотивы, чтобы человек перестал существовать как сознательная и созидательная личность и подчинялся калейдоскопу впечатлений, необходимо грубое изменение в сфере человеческих потребностей, мотивов, сознания. Только при нарушении критического подконтрольного отношения к себе и к окружающему возникает невозможность осознать этот калейдоскоп впечатлений, теряется способность противостоять ему [87].

Это подтверждают и данные Е. Д. Хомской [191], изучавшей роль лобных долей мозга в регуляции процессов активации с помощью методики вызванных потенциалов. Оказалось, что у здоровых испытуемых во время исполнения какого-нибудь интеллектуального действия возникают изменения биоэлектрической активности в лобных отделах мозга, так называемые "волны ожидания", которые исчезают при переходе человека к спокойному состоянию. Эти данные соответствуют и результатам, полученным Грей Уолтер (1966) и М. Н. Ливановым (1966).

У больных же с поражением лобных долей мозга подобные "волны ожидания" не вызывались. Е. Д. Хомская отмечает, что поражения лобных долей мозга сопровождаются нарушениями всей системы регуляции процесса активации, особенно тех форм, которые осуществляются с помощью речи [191].

---

8. НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Для анализа того, как формируется патологическое изменение личности, можно привести также некоторые данные, касающиеся формирования патологических черт характера.

Из психиатрической практики известно, что у больных эпилепсией (если эта болезнь началась в детском возрасте) происходит изменение личности, которое характеризуется обычно как сочетание брутальности, угодливости и педантичности. Стало традиционным описывать в учебниках психиатрии образную характеристику больных эпилепсией, данную классиком немецкой психиатрии Э. Крепелином: "С библией в руках и камнем за пазухой". Эти особенности обычно ставят в связь с самой болезнью, припадками, и нигде не анализируется вопрос об условиях формирования такой личностной особенности.

Между тем прослеживание жизни ребенка, у которого вследствие органического поражения мозга появились припадки, прослеживание реакций других детей на эти припадки, прослеживание реакции учителя на трудности в учебе, которые возникают у подобного ребенка в школе, могли бы объяснить многое. Такой ребенок пытается компенсировать свою неполноценность, вызвать хорошее отношение к себе со стороны сверстников не всегда удачным способом: угодливостью, приспособлением к другим детям. Из-за инертности, присущей таким больным, данные способы фиксируются в дальнейшем, становятся методом поведения.

В этой связи интересно рассмотреть становление еще одной характерной черты эпилептика — его педантичности и аккуратности.

В начальной стадии болезни названные качества появляются как способ компенсации первичных дефектов. Экспериментально показано, что только при помощи тщательного, последовательного выполнения всех элементов стоящего перед ним задания больной может правильно его выполнить [34; 65; 122].

Тщательное выполнение отдельных звеньев задания требует от больного эпилепсией в ходе болезни все большего внимания, пока, наконец, не становится главным в его работе.

Происходит перенесение мотива из широкой деятельности на исполнение вспомогательного действия. Это было показано экспериментально Н. К. Калитой [79], которая исследовала уровень притязаний больных эпилепсией с помощью оригинальной методики: больным предъявлялись картинки, которые различались друг от друга количеством элементов изображения. Требовалось за определенное время найти эти различия. В данном исследовании уровень притязаний не вырабатывался у большинства больных эпилепсией. Они застревали на каждом конкретном задании и с удовольствием начинали искать различия в картинках, находя при этом самые малозначительные, которые не отмечали здоровые испытуемые.

Полученные результаты не означают, что у данных больных вообще нет уровня притязаний, но если данный набор заданий был для здоровых лишь предлогом для выявления уровня их притязаний, то у больных само исполнение заданий становится смыслом работы.

Таким образом, при эпилепсии происходит компенсация первичных дефектов, приводящая нередко к нарушению опосредованности.

Известно, что, для того чтобы компенсировать дефект, надо прежде всего выработать адекватные способы и средства его преодоления. Мало того, надо не только найти способы преодоления дефекта, но и овладеть ими до известной степени свернутости и автоматизации. Навык освобождает субъекта от контроля за исполнением действия и тем самым дает возможность перенесения ориентировки в более широкое поле деятельности [54].

Вследствие нарастания инертности способы компенсации у больных эпилепсией не становятся свернутыми и автоматизированными, а, наоборот, больной "застревает" на стадии контроля за исполнением вспомогательного действия, и мотив из широкой деятельности все более смещается на выполнение узкой.

Вместе со смещением мотива соответственно смещается и смысл деятельности. Сложная опосредованная деятельность теряет смысл для больного, главным становится исполнение отдельных операций, которые в норме выполняют роль технического средства.

Особо присущая эпилептику аффективность насыщает этот смысл, делая его не просто отношением, а отношением активным. Больные не терпят малейших нарушений заведенного порядка. В ходе болезни аккуратность, педантичность становятся не просто неудачной компенсацией, а привычным способом действия, определенным отношением к окружающему миру, определенной социальной позицией, т.е. чертой характера.

С некоторыми вариациями, но в общем по тем же механизмам образуются и другие патологические черты характера эпилептика. В основе их формирования также лежит неудачная компенсация, переход от широкой к узкой деятельности, сокращение смысловых, единиц деятельности.

Во многих исследованиях делается попытка проводить анализ характера здорового субъекта через анализ вариантов патологии. Так, например, видный советский психолог А. Е. Личко пишет, что "...значительно чаще формирование приобретенной психопатии происходит, когда в преморбиде личность принадлежит к крайним вариантам нормы" [116, 164]. Существует иной подход к проблеме формирования характера. Так, С. Л. Рубинштейн отмечает, что "узловой вопрос... о том, как мотивы (побуждения), характеризующие не столько личность, сколько обстоятельства, в которых она оказалась по ходу жизни, превращаются в то устойчивое, что характеризует данную личность... Исследование характера и его формирование, до сих пор мало продвинутое, должно было бы сосредоточиться в первую очередь на этой проблеме — проблеме *перехода* (курсив мой. — Б. 3.) ситуационно, с течением обстоятельств, порожденных мотивов (побуждений) в устойчивые личностные побуждения" [160, 134-135]. С. Л. Рубинштейн дальше указывает, что в силу исторической обусловленности в психологии личности обнаруживаются компоненты разной меры общности и устойчивости, которые изменяются различными темпами. Поэтому с полным правом С. Я. Рубинштейн указывает, что в этом положении следует искать путь к анализу формирования характера людей как здоровых, так и больных [165].

Свойства характера *формируются* прижизненно, как в норме, так и в патологии. Важны условия, приводящие к аномалии мотивов. Болезнь же создает условия для этой аномалии. Это показано при исследовании больных разных нозологий (эпилепсии, болезни Паркинсона и др.).

Это означает, что характерологические особенности не наследуются, что биологические потребности превращаются в социальные. Об этом пишет и генетик Н. П. Дубинин: "Есть ли законы для социального наследования? Несомненно. Они описаны теорией исторического материализма. Суть их — в объективных общих устойчивых необходимых отношениях передачи от поколения к поколению положительного опыта, приобретенного обществом в процессе исторического творчества — всей материальной и духовной культуры, воплощающейся в человеке как существе родовом" [58, 67].

Глава V

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Нарушения восприятия принимают при психических заболеваниях различные формы. Как известно, еще И. М. Сеченов указывал на то, что акт восприятия включает в себя афферентные и эфферентные механизмы. Останавливаясь на зрительном восприятии, он писал, что глаз "ощупывает" предметы мира и что эти "ощупывания" входят в состав зрительного восприятия, соединяясь с проприоцептивными сигналами от глазодвигательных мышц.

Это положение И. М. Сеченова оказалось исходным для работ многих современных физиологов и психологов (Р. Гранит, Е. Н. Соколов, В. П. Зинченко, А. В. Запорожец, Л. А. Венгер). Было показано, что восприятие составляет основу ориентировки человека в мире.

Из теоретических положений А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, Л. А. Венгера, В. П. Зинченко, Ю. Б. Гиппенрейтер следует, что развитие восприятия детерминируется задачами, возникающими перед человеком в его жизнедеятельности. Для исследований в общей психологии характерен подход к восприятию как деятельности, включающей в себя основную специфику человеческой психики — активность и пристрастность.

С. Л. Рубинштейн [158] указывает, что человеческое восприятие является всегда обобщенным и зависит от направленности личности. Следовательно, восприятие следует рассматривать как перцептивную деятельность, характеризующуюся обобщенностью и мотивированностью. За последние годы ряд зарубежных авторов также пытаются показать, что продукт процесса восприятия зависит от эмоциональных и личностных особенностей человека [206; 226].

Поэтому следовало ожидать, что восприятие может оказаться нарушенным в разных характеристиках деятельности — в нарушении обобщения, личностной обусловленности. Эти нарушения проявляются в затрудненности узнавания, в искажениях воспринимаемого материала, в обманах чувств, ложных узнаваниях, в перестройках мотивационной стороны перцептивной деятельности. Остановимся на некоторых из них.

---

1. АГНОЗИИ

Агнозиями называется затрудненность узнавания предметов, звуков. Проблеме агнозии, особенно зрительной, посвящено множество работ. Начиная с А. Петцля (1928), зрительные агнозии разделялись на: а) агнозии предметов, так называемая лиссауэровская "душевная объективная агнозия", когда больные не узнавали предметов и их изображений. К этой группе примыкает и "симультанная агнозия" Вольперта (больные узнавали отдельные предметы, их изображения, но не узнавали изображения ситуации); б) агнозии на цвета и шрифты; в) пространственные агнозии.

Делались попытки увязать нарушение гнозиса с речевыми расстройствами (К. Гольдштейн, А. Р. Лурия, Е. П. Кок). Ставился вопрос о топическом значении синдромов агнозии (А. Р. Лурия, Е. П. Кок, Дж. Миллер), о связи различных форм агнозии с доминантностью полушарий (М. С. Лебединский, Е. П. Кок).

История учения об агнозиях и их механизмах глубоко прослежена А. Р. Лурия в его монографии "Высшие корковые функции" [124], в которой анализ этого явления проводился в

основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов.

Мы остановимся лишь на тех случаях агнозии, которые выступали при психических заболеваниях. У ряда больных (с органическими поражениями мозга различного генеза) явления агнозии проявлялись в том, что больные выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не осуществляли синтеза; так, изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: "наверху шапочка, внизу палочка, что это такое — не знаю"; другой больной описывает ключ, как "кольцо и стержень". При этом больные описывали точно конфигурации предмета, могли даже точно скопировать его. но это не облегчало их узнавание. Аналогичные факты, говорящие о невозможности осуществления синтеза, были описаны Е. П. Кок при исследовании больных с поражениями теменно-затылочных систем, а также Е. Д. Хомской и Э. Г. Соркиной.

Прежде всего возник вопрос, что у больных нарушено восприятие структуры, как это имело место у больного Ш. (описанного К. Гольдштейном), который, как известно, не воспринимал формы предметов: он не мог отличить "с глаза" треугольника от круга и узнавал фигуры только после того, как он "обводил их моторно", например движениями головы.

У других больных агнозия носила иной характер. Не узнавая предметов, они узнавали их форму, конфигурацию даже тогда, когда последние предъявлялось тахистоскопически, они могли их описать. Так, например, при тахистоскопическом предъявлении садовой лейки больная говорит: "бочкообразное тело, что-то круглое, посередине отходит вроде палочки с одной стороны", другой больной при тахистоскопическом предъявлении расчески говорит: "какая-то горизонтальная линия, от нее книзу отходят маленькие, тоненькие палочки". Иногда больные могли нарисовать предмет, не узнавая его.

Приводим в качестве иллюстрации данные патопсихологического исследования и историю болезни больной В., которая была описана мной совместно с Г. В. Биренбаум в 1935 г. [62].

Больная В., 43 года, библиограф. Диагноз: эпидемический энцефалит (доктор Э. Г. Кагановская).

Заболела в 1932 г. Появилась резкая сонливость, которая продолжалась около недели и сменилась бессонницей. Отмечалось слюнотечение, левосторонний парез ноги и боль в области наружной части левого плеча, повышение температуры. Имели место иллюзии и галлюцинации. На стенке вокруг вентилятора "бегали мыши", на полу прыгали фигуры, кружились "танцующие рожи".

С этими явлениями больная поступила в Боткинскую больницу. Через несколько дней появились кратковременные расстройства сознания, больная не могла найти своей палаты, постели. В 1933 г. была переведена в психиатрическую клинику ВИЭМ.

Ко времени нашего исследования психический статус больной изменился. Больная в ясном сознании, правильно ориентирована в окружающем. Несколько амимична. Тихий, мало модулирующий голос. Много лежит, жалуясь на утомляемость и головные боли.

С трудом и не сразу дает анамнестические сведения, при этом останавливается на подробностях, не имеющих отношения к существу вопросов. Мало читает, "не хватает, — отмечает больная, — живого воображения". Внешне добродушна, эмоциональна. Это состояние, однако, быстро сменяется раздражительностью, злобностью, доходящими до аффективной взрывчатости. Вместе с эмоциональной лабильностью отмечается, в общем, бедная и довольно однотипная аффективная жизнь с очень узким кругом привязанностей, безразличное отношение к людям, к работе, к общественной жизни, к литературе, раньше очень любимой.

На этом фоне общего эмоционального однообразия имеется заинтересованность в выздоровлении.

Экспериментально-психологическое исследование не выявляет каких-либо грубых изменений мыслительной деятельности больной. Больная правильно усваивала инструкцию, передавала хорошо содержание, подтекст прочитанной книги, понимала условный смысл пословиц,

метафор. Обнаружилась лишь некоторая пассивность и отсутствие заинтересованности в экспериментальной ситуации.

Вместе с тем патопсихологическое исследование выявило грубые нарушения узнавания предметов. Больная часто не узнавала (40%) предъявленных ей изображений. Так, нарисованный гриб она называет "стог сена", спички — "кристаллами". Сюжет картины больная не улавливает сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: "Чтобы это могло быть — расческа? На чем она сидит — на кресле, стуле? Чтобы это могло быть — плита, корыто?" При показе известной картины "Смертница" больная говорит: "Что это за женщина, о чем она задумалась? На чем она сидит? На кровати? Что это за тени?"

Даже при правильном названии у больной всегда отмечалось сомнение и неуверенность, она ищет опорные пункты в рисунке для того, чтобы подтвердить ими правильность своего вывода.

Так, больная узнавала изображение книги, но сразу наступили обычные для больной сомнения: "разве книга, это какой-то квадрат. Нет, у квадрата нет выступов и тут что-то написано. Да, это книга". (Приведем данные протокола исследования).

Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.

Предъявленный рисунок карточки лото	Описание больной
Щетка зубная	Щетка, вероятно половая. А это что? Желтенькая палочка, вероятно, бахрома.
Пионерский барабан	Горшок с кисточкой. *Экспериментатор*: может быть что-нибудь другое? *Больная*: булка, которую кладут в кастрюлю, а это – кренделек (на палочку). Похоже и на шапку, а это что такое?
Кнопки	Внутри треугольники, вероятно, протоплазмовая клетка
Перья	Перья
Книга	Книга с бисерным почерком
Спички	Свечи горящие, это не может быть; а это не могут быть кристаллы в лампе?
Два барабана	То же самое, что и раньше, только две штуки: знакомое и незнакомое. *Экспериментатор*: детская игрушка. *Больная*: может быть, круглая губка для стола?
Перья для туши	Факелы, носят в театрах или длинные ручки с пером
Карандаш	Свеча, тут уж ясно, что свеча
Кисточка	Кисточка
Пионерская труба	Музыкальный инструмент, флейта или труба
Стручки	Растение, морковка по форме, а по хвостику – вот не знаю
Стручки	Это стрелка (указывает на хвост самолета). Это балкон, но при чем тут стрелка, две ножки?

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно узнавала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Больше того, не узнавая предмет на рисунке, она прекрасно описывала его форму. Например, не узнав рисунка барабана и шкафа, она описывала их форму чрезвычайно точно и даже хорошо срисовывала их.

В Процессе исследования выявилось, что реальные предметы больная всегда хорошо узнавала и затруднялась при узнавании моделей из папье-маше (например, больная не узнавала самолета, с трудом узнавала собаку, мебель).

Таким образом, создавалась как бы некоторая ступенчатость ее расстройств. Больная хорошо узнавала предметы, хуже узнавала модели, еще хуже — рисунки предметов. Особенно плохо она узнавала те изображения, которые были схематически нарисованы, в виде контуров. Поэтому возникло предположение, что причина затрудненности узнавания, очевидно, вызывается той обобщенностью, формализацией, которая присуща рисунку. Для проверки была проведена следующая серия экспериментов: больной предъявлялись изображения одних и тех же предметов в разном выполнении: а) в виде пунктирного контура; б) в виде черного силуэта, в) в виде точного фотографического изображения, иногда на фоне конкретных деталей, например рядом с пресс-папье была нарисована ручка и чернильница. Данные экспериментального исследования подтвердили наше предположение. Больная совершенно не узнавала пунктирные, несколько лучше, но все же очень плохо узнавала силуэтные изображения и лучше — конкретные.

Приведем для иллюстрации несколько выписок из протоколов ее исследования.

Предъявлена картинка	Описание больной
Шляпа (пунктирное изображение)	Я сама не знаю, что. Напоминает кольцо. Не может быть такой широкий камень (откладывает в сторону, вертит рисунок)
Шляпа (черный силуэт)	Не гриб ли это? Может быть, похожа на шляпу, но причем тут эта полоса?
Шляпа (цветное конкретное изображение)	Это похоже на шляпу
Пресс-папье (пунктирное изображение)	Не знаю, точки какие-то, что это такое?
Пресс-папье (силуэтное изображение)	Это странный предмет
Повторно показывается шляпа (контур)	Это не шляпа, а может быть, действительно шляпа
Пресс-папье (конкретное изображение)	Это для промокашки, пресс-папье

Таким образом, эксперимент выявил обозначенную выше своеобразную ступенчатость узнавания; последнее улучшалось по мере включения объекта в фон, характеризующийся конкретными подробностями, окраской. Можно сказать, что, улавливая структурную оформленность рисунка, больная как бы не осмысливает того, что она видит, она не в состоянии отнести схематический рисунок к определенной категории вещей. Об этом говорит и отгадывающий характер ее узнаваний, поиск опорных деталей ("что это за точки, что они означают?"), вопросительная форма ее высказываний ("неужели это был забор?", "неужели это расческа?").

Как указывает А. Р. Лурия, "процесс зрительного анализа превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ" [124, 119]. Больная не могла "с глаза" воспринять рисунок, процесс восприятия приобрел характер развернутого дезавтоматизированного действия.

Об этом свидетельствует следующий факт: узнав фотографическое изображение, больная не смогла перенести это узнавание на силуэтное изображение. После того как больная узнала в раскрашенном изображении ножницы, экспериментатор спрашивает: "А я Вам показывала

раньше этот предмет?" Больная раздумывает и говорит с удивлением: "Нет, я его вижу впервые; ах, Вы думаете те палочки, которые Вы мне показывали? Нет, это не ножницы (больная при этом рисует их по памяти). Что же это может быть? Я не знаю". Даже тогда, когда ей удается сделать перенос, у нее остается неуверенность. Узнав раскрашенную шляпу, она говорит на контурную: "А это что, тоже шляпа?" На утвердительный ответ экспериментатора она спрашивает: "При чем тут эта линия?" (указывает на тень). Когда ей в последующем эксперименте опять предъявляют этот рисунок, она замечает: "Вы тогда сказали, что это шляпа".

Приведенные данные показали, что восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности; поэтому нам казалось правомерным говорить о нарушении обобщающей функции восприятия. Об этом говорят и способы, с помощью которых можно было компенсировать этот дефект. Так, если экспериментатор просил указать определенный предмет: "укажите, где шляпа или где ножницы", то больные узнавали правильно. Таким образом, включение предъявляемого объекта в определенный круг значения помогало узнаванию. Название же приблизительного круга предметов, к которому относится данный объект ("покажите мебель, овощи"), помогало меньше. Поэтому следовало ожидать, что подобные агностические расстройства должны особенно четко выявиться и у дементных больных.

---

2. ПСЕВДОАГНОЗИИ ПРИ ДЕМЕНЦИИ

Исследование зрительного восприятия у больных, у которых клинические и экспериментально-психологические данные выявили деменцию по органическому типу, обнаружило отмеченные выше особенности: больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. К этому добавлялась еще одна особенность: их восприятие было диффузным, недифференцированным.

Нарушения восприятия выявляются у этой группы особенно четко при экспозиции ситуационных картинок. Помимо того, что дементные больные не улавливают сюжета, они при этом проявляют и ряд других, характерных феноменов. Не понимая смысла сюжета, они часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Предмет узнавания обусловливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание. Так, гриб больной называет помидором, если выступила как часть головка гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножке. Поэтому при предъявлении рисунка больному часто безразлично: показывают ему его часть или целое.

У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения. Г. В. Биренбаум описала в 1948 г. больного К., у которого на фоне органической деменции выступили расстройства зрительного гнозиса в виде нарушения восприятия формы. Она (назвала подобное нарушение "псевдоагнозией". При показе треугольника он говорит: "Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах, клин- трехклинник". При экспозиции четырехугольника больной говорит: "Мне трудно сказать (обводит пальцем) — прямая, прямая, прямая и прямая". При экспозиции незаконченного круга видит прежде всего изъян: "здесь провал какой-то", в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе креста, не умея назвать фигуры, больной заявляет: "Хоть куда хочешь заглядывай, она лежит правильно". Нередко больной воспринимает форму предмета, но тут же быстро наступает распад его структуры.

Подобный феномен можно трактовать как нарушение "оптического внимания" [62]. Например, при осмотре картинки, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо, больной говорит: "Вот колесо, а это мужчина стоит", показывая на лошадь. "А это птица какая-то". *Экспериментатор*: "Это ведь лошадь". *Больной*: "На лошадь плохо смахивает". Здесь отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и структурных компонентов. Узнав телегу и колесо, он не только не делает соответствующего вывода, что стоит телега с лошадью, но остро торчащие уши лошади создают у больного впечатление, что это птица. При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного узнавания деталей и структурного распада часто неверно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А. Пиком как "сенильная агнозия", или как расстройство "симультанного восприятия". Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

При раскрашенных сюжетных рисунках дементные больные легко поддаются диффузному впечатлению яркой раскраски отдельных частей картинки и также могут описывать их по вышеуказанному типу. Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию.

В силу выпадения и расстройства смысловых компонентов у дементных больных резко страдали ортоскопические восприятия. Достаточно было показать этим больным предмет или рисунок в перевернутом виде, как они его уже не узнают. Примеры: предъявляется рисунок кошки (из детской серии лото) в перевернутом виде. Больной говорит: "Памятник какой-то". Экспозиция того же рисунка в прямом положении: "Вот так памятник! Кошка- котик". Рисунок — "ботинок", из той же серии лото, дан в перевернутом виде. Больной: "Урна какая-то". В прямой экспозиции больной сразу узнает ботинок. При незначительном удалении предметов у дементных больных не сохранялась константность их величины.

Таким образом, нарушение восприятия при деменции подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности.

---

3. НАРУШЕНИЕ МОТИВАЦИОННОГО КОМПОНЕНТА ВОСПРИЯТИЯ

(Параграф написан совместно с Е. Т. Соколовой)

Как мы указывали в начале главы, подход к восприятию как деятельности обязывает выявить изменения ее различных характеристик, которые могут оказаться "ответственными" за его нарушение. Выше мы показали, как снижение обобщения приводит к агнозиям (раздел 1, 2). В данном параграфе мы хотели остановиться на том, как изменение мотивационного компонента отражается в перцептивной деятельности больных. Еще в 1946 г. С. Л. Рубинштейн [158] писал, что в восприятии отражается вся многообразная жизнь личности, поэтому следовало ожидать, что при изменении личностного отношения изменяется и перцептивная деятельность.

Роль измененного личностного компонента в восприятии можно выявить разными путями: а) путем анализа расстройств самого процесса восприятия; б) путем создания специального экспериментального приема, позволяющего изменить смыслообразующую функцию мотива восприятия.

О значении личностного фактора в перцептивной деятельности говорят данные, полученные при исследовании восприятия больных с так называемым "лобным" синдромом, у которых

выражены нарушения подконтрольности, произвольности, поведение которых Отличалось аспонтанностью, отсутствием коррекции.

Мы останавливались на характеристике этого вида нарушений в гл. IV, здесь лишь укажем на особенности восприятия этой группы больных, которые по своему внешнему проявлению могли импонировать как агностические расстройства. Так, больной Б-н, описанный мной совместно с А. М. Дубининым в 1940 г., получивший тяжелую травму левой лобной доли, с трудом узнавал предметы, нарисованные пунктиром или затушеванные, был не в состоянии схватить и передать смысл двух картин, последовательно изображающих несложные сюжеты (на одной картине двое ребят курят у стога сена; на другой — они убегают от загоревшегося стога). "Здесь двое сидят, а здесь двое бегут". Больной не замечает, что речь идет о последовательном изображении. Другой больной из этой группы не мог. узнать содержания известной картины Н. Я. Ярошенко "Всюду жизнь": "Стоит человек, тут птичка, он смотрит на них". Точно так же больной не мог узнать рисунка предметов, заштрихованных или наложенных друг на друга (фигура В. Попельрейтера).

О том, что затруднения узнавания являются псевдоагностическими, говорит тот факт, что стоило попросить больного "внимательно посмотреть", он давал адекватный ответ: "Ах, да, ведь тут решетка, это заключенный". Следовательно, затрудненность узнавания не являлась у подобных больных агностическим расстройством в узком смысле этого слова, а проявлением того, что больные не осуществляли активного поискового процесса, который всегда включен в акт, восприятия (А. Л. Ярбус, 1956), не сличали своих ответов, своих действий с результатом.

Клинические описания известного немецкого психиатра А. Пика (1907) подтверждают высказанное выше положение относительно природы подобных "псевдоагнозий". А. Пик наблюдал патологию восприятия, названную им "апперцептивной душевной слепотой", при атрофическом поражении мозга (болезнь Пика). Больные с подобной патологией не в состоянии фиксировать предъявляемые им предметы и связывать отдельные элементы воспринимаемого в одно осмысленное целое. Аналогичные нарушения [64] восприятия мы наблюдали и у больных прогрессивным параличом (болезнь, при которой тоже поражаются лобные доли мозга). Особенно большие трудности вызывают у больных с поражением лобных долей мозга понимание серий картинок, изображающих в последовательном порядке какой-нибудь сюжет. Больные ограничиваются описанием отдельных фрагментов или отдельных картинок. Так, одному такому больному с поражением базальных отделов лобных долей мозга была предъявлена серия из пяти картинок, последовательно изображающих "погоню волка за мальчиком по снежной поляне в лесу". На одной из картинок изображен мальчик, сидящий на дереве, вокруг которого расположились волки. "Ишь ты, озорник, влез на дерево, за яблоками что ли", — говорит больной, едва взглянув на эту картинку. После настойчивой просьбы экспериментатора — посмотреть внимательнее — больной правильно описывает сюжет.

Таким образом, приведенные данные показывают, что существенную роль в гностических нарушениях описываемых больных играет нарушение подконтрольности, невозможность сопоставления отдельных фрагментов целого, сличения своих действий с предполагаемым результатом. Иными словами, ответственными за "псевдоагностические" расстройства этих больных является нарушение произвольности, невозможность коррекции. Эта непроизвольность проявляется еще в одном своеобразном феномене — у подобных больных не наступает смены фигуры и фона при предъявлении фигур Рубина. Как известно, если длительное время фиксировать изображение, процесс смены фигуры и фона наступает сам собой; в противном случае достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы произвольно вызвать этот процесс. У описываемых больных этот процесс смены фигуры и фона не может быть произвольно вызван. Точно так же у них не возникает гипотез при предъявлении пятен Роршаха. Таким образом, природа псевдоагнозий, описанная у больных с лобным синдромом, является проявлением непроизвольности больных и свидетельствует об определенной форме их личностных нарушений. Следует отметить, что наша интерпретация не является случайной, так как она коррелирует с данными общего

экспериментального психологического исследования больных и данными истории болезни, квалифицировавших состояние этих больных как аспонтанное.

Особое развитие получил тезис о "личностном подходе" к восприятию у ряда зарубежных психологов. Можно выделить следующие основные направления, характерные для этого подхода. Первое: восприятие рассматривается как селективный процесс, определяющийся взаимодействием объективных качеств стимуляции и внутренних мотивационных факторов (школа New Look).

Так, Дж. Р. Брунер и Л. Постмэн различают автохтонные и директивные факторы восприятия. Первые определяются непосредственно свойствами сенсорики человека, благодаря которым формируется представление об относительно простых качествах объекта. Директивные факторы восприятия отражают прошлый опыт человека, его эмоциональные состояния, установки и потребности.

В предложенной авторами когнитивной теории восприятия роль внутреннего, директивного фактора играет "гипотеза", в концепциях других авторов — "установки", "ожидания", "схемы" и т.д. Действие этих факторов обусловливает избирательность, сенсибилизацию или искажение восприятия. В качестве иллюстрации можно привести известные эксперименты А. Шафера и Г. Марфи, в которых тахистоскопически предъявлялась известная фигура Рубина, образованная двумя "полумесяцами", каждый из которых мог видеться как профиль, образующий фигуру на фоне. Опыт строился по типу игры: испытуемый получал вознаграждение, если видел одно из лиц, и штрафовался, если видел другое лицо (при этом в тахистоскопе многократно предъявлялось каждое лицо в отдельности). Когда впоследствии внезапно предъявляли двусмысленную фигуру, испытуемый воспринимал в качестве фигуры то лицо, которое обычно вознаграждалось. Иначе говоря, "ожидания" субъекта определяли выбор элементов фигуры-фона.

Другое направление, представленное Г. Виткиным [226] и его сотрудниками, поставило вопрос о соотношении способа восприятия человека и его личностной организации. По мнению представителей этого направления, испытуемые при выполнении различных перцептивных задач проявляют некоторые характерные способы восприятия. Так, при выполнении задания, в котором необходимо было правильное восприятие какого-то элемента перцептивного поля, одни испытуемые принимали за точку "отсчета" проприоцептивные ощущения собственного тела, другие — ориентировались преимущественно на впечатления от "внешнего" зрительного поля. Эту особенность восприятия Г. Виткин называл зависимостью (независимостью) от "поля", которая, по мнению автора, связана с определенной личностной структурой. При этом подчеркивалось, что в восприятии психически больных описанная зависимость или независимость от "поля" особенно выражена.

К третьему направлению следует отнести работы зарубежных авторов, стремящихся доказать, что восприятие обеспечивает адаптацию личности к внешнему миру и отражает уровень ее адаптации.

Такое понимание функции восприятия вытекает из принятой в американской психологии концепции личности: "личность" трактуется как некая интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида и которая постоянно подвергается опасности разрушения либо со стороны запретных инстинктивных направлений, либо со стороны налагаемых внешним миром требований. Наличие такого постоянно действующего конфликта создает определенный уровень тревожности. При его возрастании пускаются в ход механизмы "психологической защиты", целью которых является устранение источника беспокойства и возвращение личности к состоянию комфорта. Не касаясь проблемы психологической защиты (впервые описанной 3. Фрейдом и А. Фрейд), требующей специального рассмотрения, остановимся лишь на той ее форме, которая привлекают внимание современных исследователей восприятия за рубежом и названа "перцептивной

защитой". Приведение в действие механизма "перцептивной защиты" связано, как подчеркивают многие авторы, со степенью структурированности перцептивного материала. Неопределенная, конфликтная или незнакомая ситуация, требующая перестройки поведенческих схем, приспособления к новым ситуационным взаимоотношениям, может привести к возрастанию уровня тревожности. "Непереносимость неопределенности" вызывает перцептивную защиту.

Основным недостатком приведенных вкратце исследований является эклектичность методологических позиций авторов, пытающихся синтезировать понятия гештальтпсихологии и психоанализа. Личностный компонент восприятия заключается для этих авторов в агрессивных тенденциях, чувстве тревожности, дискомфорте. Из сферы психологического анализа выпадает значение деятельности субъекта как основной формы проявления личностной активности; выпадает роль сформировавшихся в процессе этой деятельности социальных мотивов, их иерархия, содержание и смыслообразующая функция.

Между тем из положений советской психологии вытекает, что смыслообразующая функция мотивации играет роль и в процессе восприятия. Работами А. Н. Леонтьева и Е.П. Кринчик [115] показано, что введение подкрепления, имеющего различный смысл для испытуемого, по-разному влияет на время реакции. Ими выявлен характер переработки информации человеком, что нашло свое выражение в схватывании статистических характеристик объекта, в оптимизации деятельности испытуемого при построении вероятностной модели. Деятельность восприятия включает в себя основную характеристику человеческой психики — "пристрастность" (А. Н. Леонтьев). Поэтому можно было предполагать, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых, но можно было ожидать разную структуру перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности.

Роль мотивационного компонента в строении восприятия удалось вычленить в специально направленном экспериментальном исследовании. Целью исследования было: 1) показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности; 2) выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива [174].

Экспериментальная методика состояла в следующем. Предъявлялись сложные сюжетные картинки и картинки с неясным сюжетом в условиях разной мотивации, которая создавалась, во-первых, с помощью различных инструкций, во-вторых, разной степенью неопределенности изображений. Используемые в эксперименте картинки представляли собой изображения более или менее сложных ситуаций (мать купает ребенка, группа чем-то взволнованных женщин и т.д.) или нечеткие снимки объектов (цветы, мокрая мостовая, пятна Роршаха).

Различие инструкций состояло в следующем. В варианте "А" карточки-картинки предлагались с "глухой" инструкцией описать, что изображено. В варианте "Б" сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения. В варианте "В" испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. Чтобы мотивировка задания выглядела убедительной, предварительно предлагалась серия заданий, где экспериментатор якобы оценивал интеллект испытуемых. В каждом варианте предъявлялись разные наборы картинок. Таким образом, во всех трех вариантах исследования цель задания оставалась неизменной, менялась лишь его мотивация. Неопределенность перцептивного материала выступала непосредственным побудителем деятельности, роль смыслообразующего мотива выполняла инструкция.

В эксперименте участвовали здоровые испытуемые, больные эпилепсией, больные шизофренией. Данные историй болезни и общепсихологического исследования показали, что в клинической картине болезни на первый план у больных выступали личностные

расстройства, типичные для выбранных нозологических групп. Между исследованными больными не было существенных различий в возрасте и образовании.

Большинство из испытуемых (как в норме, так и в патологии) при предъявлении карточек-картинок выдвигают гипотезы. При восприятии структурных картинок (с неопределенным сюжетом) испытуемые пытаются определить, на что могут быть похожи изображения.

В условиях варианта "А" процесс восприятия не обусловливался экспериментально заданной мотивацией. Тем не менее деятельность испытуемых в целом направлена на содержательную интерпретацию картинок и реализуется процессом выдвижения гипотез. Это заставляет предположить, что экспериментальное задание актуализировало какие-то мотивы, существующие у испытуемых потенциально, в форме своеобразной готовности, установки. Таким мотивом мог быть прежде всего "мотив экспертизы", который почти всегда актуализируется в психологическом эксперименте в клинике. Адресуясь к личности испытуемого, его уровню притязаний, он придает любому психологическому исследованию "личностный смысл". Эта особенность экспериментальной ситуации подчеркивалась еще К. Левином [218], считавшим, что именно наличие у испытуемого определенного отношения создает саму возможность объективного психологического исследования. Это вытекает из положений В. Н. Мясищева, который настаивал на том, что при любом исследовании человека в любой ситуации, равно жизненной или экспериментальной, выступает роль отношения больного к выполняемой деятельности. Наряду с "мотивом экспертизы" деятельность испытуемых побуждалась собственным мотивом восприятия (СМВ). Определяясь свойствами перцептивного материала, СМВ как бы присутствует в самом акте восприятия, побуждает к ориентировочной деятельности, направленной на исследование характера стимуляции.

Таким образом, деятельность испытуемых определялась влиянием двух мотивов: мотива "экспертизы" и СМВ. Эти мотивы находятся в иерархическом отношении: мотив "экспертизы" порожден и опосредован социальными и личными установками испытуемых. Он не только побуждает деятельность, но и придает ей личностный смысл.* Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов обеспечивало содержательную интерпретацию картинок. В ряде случаев смыслообразующая функция мотива "экспертизы" могла быть выражена недостаточно. В силу этого непосредственная цель деятельности — содержательная интерпретация — не приобретала самостоятельной побудительной силы. Процесс интерпретации принимал тогда вид формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявлялось у больных шизофренией.

---

* Это не означает, что в отдельных случаях испытуемые не могли руководствоваться другими мотивами, тем не менее мы полагаем, что выделенный мотив является ведущим.

Качественно иные результаты были получены в вариантах "Б" и "В", где введение инструкций-мотивов создавало определенную направленность деятельности.

Выявилось прежде всего изменение в отношении к эксперименту. В норме это выразилось в том, что у испытуемых появился интерес к заданию и оценке экспериментатора. Изменился и характер формулировок гипотез — они стали более развернутыми, эмоционально насыщенными. Центральное место в описании сюжетных картинок занимает раскрытие внутреннего мира изображенных персонажей. Исчезают формальные ответы.

У больных эпилепсией изменение инструкции привело к полному переструктурированию деятельности. Больные с энтузиазмом приступают к заданию, подолгу с удовольствием описывают картинки. Резко сократилось количество формальных высказываний. Гипотезы становятся значительно более эмоциональными, часто сопровождаются пространными рассуждениями. В своих ответах больные не столько дают интерпретацию картинок, сколько стремятся продемонстрировать свое отношение к событиям или персонажам. Часто это

достигается путем приписывания героям определенных ролей. Длинные витиеватые монологи героев комментируются "автором", вместе с предположением о сюжете дается оценка действующим лицам или событиям. Гипотезы превращаются в "драматические оценки". Употребление прямой речи, напевная интонация, иногда ритмизация и попытка рифмовать придают ответам исключительную эмоциональность. Приведем для иллюстрации выписку из протокола больного Г-ва.

Больной Г-в Е. К., 1939 г. рождения, зоотехник. Диагноз: эпилепсия с изменениями личности. Болен с 1953 г., когда появились первые судорожные припадки. В последние годы отмечались ухудшения памяти, дисфории, раздражительность. Для мышления больного характерны конкретность, склонность к детализации. Контактен, к исследованию относится заинтересованно, сообщает, что "всегда любил фантазировать".

При предъявлении карточек с нечетким изображением отражения света фар на мостовой говорит: "Наступает вечер, собираюсь я гулять и только ожидаю, как милую встречать; идем мы в парк, чтобы потанцевать. И встречаюсь я с ней и — к любимому месту, где встречались, недалеко от парка, где люстры отражались".

Некоторые изменения наметились и в деятельности больных шизофренией. По сравнению с предыдущим вариантом вдвое уменьшилось количество формальных ответов, у некоторых больных удалось создать направленность на раскрытие содержательной стороны картинок. Тем не менее у 30% больных сохранились формальные констатации и отказы. У больных шизофренией не отмечался тот выраженный комплекс эмоциональных реакций, который характеризует именно деятельность.

Результаты, полученные в варианте "В" ("интеллектуальная инструкция"), показали, что деятельность здоровых испытуемых принимает вид развернутого решения перспективной задачи. Происходит поиск "информативных" элементов изображения, их сопоставление, построение и проверка гипотез. Формальные описания, неадекватные гипотезы встречаются лишь при затруднениях в определении содержания картинок и составляют промежуточный этап в интерпретации. Приведем описание одним из здоровых испытуемых карточки, на которой изображена группа чем-то взволнованных женщин.

"Первое, что бросается в глаза — это лицо женщины, возможно, матери. К ней тянется мальчик, лицо его сходно с выражением лица женщины, матери. Справа пожилая женщина, возможно, мать. Она что-то говорит, успокаивает... Пятно на спине у мальчика... кровь? Тогда можно объяснить, почему так отчаянно смотрят люди... Почему на первом плане женщины с детьми, а мужчины в стороне? Если бы это было столкновение, то почему с женщинами и детьми? В то же время голова мальчика очень естественно лежит на плече женщины, так что эта версия отпадает... Скорее всего это момент, когда у людей отнимают что-то очень дорогое. Возможно, из дома выселяют... С другой стороны, из-за дома так не страдают. Возможно, что-то случилось с мужчинами... Да, мне кажется, это вокзал, и мужчин куда-то увозят, поэтому у женщин такие лица".

Сформулированная испытуемым гипотеза является, таким образом, итогом длительного поэтапного процесса рассуждений. Представляет интерес сравнение этих данных с результатами исследования больных эпилепсией. Больные придавали большое значение экспериментальному исследованию, относились к заданию как к своеобразной "экспертизе ума". Предъявление картинок вызывает обстоятельное, детализированное описание изображений. При этом наряду с информативными элементами, на основе которых может быть построена гипотеза, привлекаются детали, не несущие никакой смысловой нагрузки.

Больной О-в, 1930 г. рождения, образование 7 классов. Диагноз: эпилепсия травматического генеза с изменением личности по эпилептическому типу. Психический статус: вязок, инертен, многоречив, обстоятелен, склонен к резонерству.

Приводим высказывания больного при предъявлении уже упоминавшейся картинки.

"На этой картинке изображено несколько человек. Слева стоит женщина, около нее — другая. Волосы темные у нее. Она сложила руки ни груди и плачет. К ней бежит мальчик, поднявши руки, вроде успокоить хочет... Сзади мальчика женщина держит ребенка или он на чем-то сидит, прижался к ней, обняв ее правой рукой... В левом углу еще две женщины стоят..." и т.д.

Приведенный пример показывает, как деятельность, вначале направленная на содержательную интерпретацию картинки, превращается в скрупулезное описание отдельных ее фрагментов. В некоторых случаях это тормозит процесс выдвижения гипотез, приводя к возникновению формальных ответов.

Иной вид имеет деятельность больных шизофренией. Несмотря на "интеллектуальную" направленность исследования, больные не проявляли интереса к заданию, не реагировали на оценку экспериментатора, не корригировали свои ошибки. Деятельность больных характеризуется чрезвычайной свернутостью, отсутствием поисковой активности, столь выраженной в норме. Высказывания больных крайне лаконичны, малоэмоциональны и в основном лишь обобщенно констатируют некоторое сюжетное или предметное содержание картинок: "Какое-то несчастье", "Человек задумался".

Анализ результатов исследования в вариантах "А", "Б", "В" позволил установить, что изменение мотивации обусловливает разную структуру деятельности, в соответствии с чем изменяется место и содержание процесса восприятия. С введением смыслообразующих мотивов образуется новая мотивационная структура, разная в норме и патологии.

Глава VI

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Почти все больные жалуются на расстройство памяти. Франсуа де Ларошфуко высказал мысль, что люди часто жалуются на расстройства памяти, но никто не жалуется на недостаточность мышления. И это действительно так. Редко больные говорят о недостатках своего мышления, неадекватности суждений, но все замечают дефекты своей памяти. Это происходит отчасти потому, что признать свою несостоятельность в области запоминания не обидно, в то время как никто не проявляет столь высокой самокритичности по отношению к собственному мышлению, поведению, чувствам. Вместе с тем расстройства памяти являются действительно частым симптомом при заболевании мозга. Кроме того, ряд нарушений психической деятельности — нарушение работоспособности, нарушение мотивационной сферы — иногда выступает для самого больного и наблюдающих за ним как расстройства памяти.

Проблема расстройства памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований. Во- первых, потому что проблема памяти наиболее разработана в классической психологической литературе и, во-вторых, потому что мнестические нарушения являются часто встречающимся синдромом.

И. М. Сеченов указывал на то, что память является "краеугольным камнем психического развития" [171, 434]. "Учение о коренных условиях памяти есть учение о силе, сплачивающей, склеивающей всякое предыдущее со всяким последующим. Таким образом, деятельность памяти охватывает собой все психические рефлексы". Главную особенность человеческой памяти Сеченов видит не в фотографичности воспроизведения, не в "зеркальности" запечатления, а в переработке воспринятого, в классификации и сортировке воспринятых образов. Именно эта особенность является условием возможности психического развития. И. М. Сеченову принадлежат замечательные слова о том, что память является сложной обобщенной деятельностью: "Самые простые наблюдения убеждают нас в том, что знания в умственном складе у взрослого в самом деле распределены не зря, а в определенном

порядке, как книги в библиотеке" [171, 314]. Структура процесса запоминания и воспроизведения сложна, те особенности, которые присущи любой форме человеческой деятельности, — опосредованность, целенаправленность, мотивированность — относятся и к памяти (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, В. П. Зинченко, А. А. Смирнов, Л. В. Занков и др.). Поэтому и распад мнестической деятельности принимает различные формы благодаря переходу к "поуровневым" исследованиям психической деятельности человека (А. Н. Леонтьев). Изучение памяти как мотивированной, направленной, опосредованной деятельности является конкретизацией такого подхода.

Исследования, посвященные патологии памяти, идут в разных направлениях: а) клиническое направление (С. С. Корсаков, Ю. Грюнталь, В. А. Гиляровский, Р. Я. Голант, С. Г. Жислин, М. А. Марзаганова). Его представители связывали расстройства памяти с определенными синдромами, нозологическими единицами и не ставили перед собой задачи раскрытия их психологических механизмов; б) психофизиологическое и нейропсихологическое направления (В. Пенфилд, В. Сковилл и Б. Милнер, Ж. Барбизе, Л. Т. Попова, М. Климковский, Д. Талланд, А. Р. Лурия, Е. Н. Соколов, Л. П. Латаш, Н. К. Киященко и др.). В работах представителей этого направления содержится анализ психофизиологических основ памяти, изучается природа мнестических нарушений при очаговых поражениях мозга; в) психологическое направление, которое в основном рассматривает вопросы организации памяти и ее нарушений. Теоретические и методологические позиции, на которых базируются представители этого направления, крайне неоднородны, а порой противоречивы. К этому направлению примыкают работы ряда современных зарубежных авторов, ограничивающихся констатацией наличия или отсутствия организации запоминания при психических расстройствах (Г. Берксон и Г. Кантор, В. Осборн, В. Валлас и В. Андервуд и др.). К нему следует отнести исследования, синтезирующие основные понятия гештальтпсихологии с теоретико-информационными идеями (Г. Спитз). В это же направление включаются и работы отечественных психологов, подвергающих анализу расстройства памяти с позиции теории о предметной деятельности (А. Н. Леонтьев, Г. В. Биренбаум, Р. И. Меерович, Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия, Б. И. Бежанишвили, Л. В. Бондарева и др.).

Исследования патологии памяти важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выяснить, какие структуры, факторы участвуют в протекании мнестической деятельности, и сопоставить данные о нарушенных звеньях мнестической деятельности с разработанной отечественными психологами системой взглядов на формирование процессов памяти.

Исследования расстройств памяти важны также для практических вопросов психиатрической клиники. Нередко данные о нарушении памяти, полученные при патологическом эксперименте, не совпадают с представлениями самого больного о характере своей мнестической деятельности. Например, больные жалуются на ослабление памяти, которое мешает им в работе, в то время как психологическое исследование этого нарушения не выявляет. И наоборот, некоторые больные успешно справляются со своими профессиональными обязанностями, требующими удержания материала, данные же психологического эксперимента обнаруживают расстройства мнестической деятельности. Анализ подобного несовпадения оказывается часто очень важным при решении экспертных вопросов, при трудовых рекомендациях, выборе коррекционных мероприятий. Они важны еще в том отношении, что помогают согласованию понятий психиатрии и психологии.

Эти факты свидетельствуют о том, что в основе нарушений памяти лежат различные факторы, которые должны быть подвергнуты психологическому анализу. Результаты их изучения могут оказаться полезными при установлении диагноза, разграничении синдромов и в практике восстановительной работы с больными.

В исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

a. проблема строения мнестической деятельности опосредованного и не опосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания;
b. вопрос о динамике мнестического процесса;
c. вопрос о мотивационном компоненте памяти.

Следует отметить, что не всегда удается вычленить в каком-нибудь определенном, частном амнестическом синдроме отдельно эти характеристики, большей частью они переплетаются; однако экспериментально удается нередко выделить ведущую роль того или иного компонента.

Анализ амнестического синдрома усложняется еще тем обстоятельством, что так называемые "ядерные" симптомы, вызванные непосредственно болезненным состоянием мозга, сливаются со вторичными, наслаивающимися на них симптомами. Мысль Л. С. Выготского о переплетении так называемых "культурных" и "натуральных" функций психических процессов с особенной четкостью выявляется в нарушении памяти; экспериментальные исследования в этой области позволяют выделить преимущественно функциональную значимость этих симптомов.

---

1. НАРУШЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПАМЯТИ

Корсаковский синдром . Одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти является нарушение памяти на текущие события, при котором относительно интактным остается память на события прошлого, так называемый корсаковский синдром, который был описан известным отечественным психиатром С. С. Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушения памяти часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза (К. Гампф. И. Делей). и также при поражении определенных ограниченных мозговых систем (В. М. Бехтерев, Ю. Грюнталь, Б. Милнер). Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят, как мы говорили выше, событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые были много лет назад. Так, подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: "Я не помню, но у меня в кармане папиросы — значит, жена приходила". Такие больные здороваются по несколько раз, задают один и тот же вопрос, обращаются по много раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала.

Ряд экспериментальных данных свидетельствует о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 г. Э. Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э. Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Э. Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

А. Н. Леонтьев (1935) вырабатывал у подобных больных условный рефлекс на болевой раздражитель, хотя больные не помнили и не осознавали самого этого факта. Все эти данные говорят о том, что у больных нарушается процесс воспроизведения. В нашей лаборатории были поставлены, следующие эксперименты с больным, у которого после тяжелого брюшного тифа развился корсаковоподобный амнестический синдром. Больной должен был в течение некоторого времени нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. На следующий день больной, введенный в кабинет, не только не помнил, что он вчера делал, но отрицал сам факт пребывания вчера в этом кабинете, не узнавал экспериментатора; однако, когда стала зажигаться лампочка зеленого цвета, он стал нажимать на кнопку и не производил этого действия, когда зажигалась лампочка другого цвета. Спрошенный, почему он это делает, больной удивленно пожал плечами, "не знаю". Эти и многие другие экспериментальные факты свидетельствуют о том, что процесс усвоения был у больного не нарушен.

О том, что при корсаковском синдроме наблюдаются затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов говорят также данные школы грузинских психологов. Исследования Б. И. Бежанишвили [19], проведенные под руководством И. Т. Бжалавы, показали нестойкость, грубость, иррадиированность оптической установки больных корсаковским синдромом.

Эти данные согласуются с выводами А. Р. Лурия [124] и Н. К. Киященко [82] о том, что нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома являются нарушения ретроактивного торможения, а не слабость следообразования.

Экспериментально-психологическое исследование непосредственной памяти обнаруживает низкое плато без наращивания. Одним из примечательных особенностей при корсаковском синдроме являются конфабуляции, т.е. заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных заявил, что он сегодня "ходил в лесок по грибы", другой заявил, что "он вчера был дома, на заводе, ему там устроили пышную встречу". Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни больного Б-ка.

Больной Б-к, 33 лет (доктор М. Т. Белоусова). Поступил в психоневрологическую больницу № 4 20/II 1944 г., умер 13/V 1944 г. В прошлом здоров. По характеру — живой, активный. 23/II 1943 г. ранен осколком мины в правую лобную область. Первые 14 дней после ранения состояние тяжелое, сознание спутано, резкое двигательное возбуждение.

Рентгенограмма от 6/111 1943 г.: в лобно-теменной области справа определяется костный дефект размером 4x3 см. Разрушение лобной пазухи с проникновением костных и 2 металлических осколков на глубину 1-4 см.

Психическое состояние: ориентирован неточно. Правильно называет год. Месяца и числа не знает. Во время беседы прежде всего обращает на себя внимание эйфория. Больной всегда пребывает в прекрасном настроении, его ничто не огорчает, все неприятности, неудобства, перенесенное ранение, болезнь кажутся ему незначительными и неважными. Он всегда широко улыбается, приветливо встречает врача, утверждает при этом, что чувствует себя "великолепно", что он совершенно здоров. Речь свою беспрерывно сопровождает громким смехом. Со смехом рассказывает о пребывании в психиатрической больнице, о своей неопрятности. Все эти факты считает незначительными и несущественными, ранен он только в череп, а "мозг здоров". Он удивлен, почему его задерживают в больнице и "заставляют даром хлеб есть". Периодически он обращается к врачу с просьбой отпустить его домой, однако пребыванием в психиатрической больнице по существу не тяготится. Наряду с указанной эйфорией, которая наступает преимущественно в процессе беседы, в течение дня больной пассивен, лежит в постели, молча укрывшись с головой одеялом, не давая никакой реакции на окружающее.

Быстро, не задумываясь, отвечает на вопросы, однако ответы чаще носят случайный характер. На этом фоне выступают выраженные нарушения памяти на текущие события. Больной не помнит того, что он ел на завтрак, не помнит, какой вопрос только что задавал ему врач. Прослушав радиопередачу, больной не только не может рассказать ее содержание, но не помнит самого факта слушания радио. Точно так же он не помнит, что сосед по палате читал ему фельетон газеты. Во время беседы с экспериментатором больной нечаянно пролил чернила, испачкав рукав халата. На вопрос, откуда взялись чернильные пятна на столе и рукаве, больной отвечает: "не знаю, вероятно, дали мне такой халат". Утверждает, что ходил сегодня в "рощу березовую гулять". Указанные конфабуляторные высказывания держатся стойко, больной повторяет их в одних и тех же вариантах, упорно и

настойчиво отрицает факты, имевшие место в действительности. При этом больной помнит события и факты своей прошлой жизни, начало войны, год женитьбы.

Нарушения памяти больной не замечает, утверждая, что у него "прекрасная память".

За последние две-три недели усиливается вялость и аспонтанность, нарастает неврологическая симптоматика: выраженный двухсторонний симптом Кернига, ригидность затылка. Повышение коленных рефлексов больше справа. Больной оглушен, вял, медленно отвечает на вопросы. Несмотря на тяжелое соматическое состояние, по-прежнему утверждает, что чувствует себя "прекрасно". 13/V 1944 г. больной умер.

Патологоанатомический диагноз: гнойный абсцесс в правой орбитально-лобной области с прорывом в правый боковой и 4-й желудочки мозга. Диффузный, преимущественно базальный лептоменингит, ограниченный пахименингит в местах дефекта лобной кости.

Данные экспериментально-психологического исследования больного Б-ка. Больной без всякой заинтересованности относится к эксперименту, выявилась нецеленаправленность действий больного. Он не может выполнять задания, требующего учета прежних действий. Так, классифицируя картинки, он образует много одноименных групп. Когда больной образовал 2 группы животных и экспериментатор обратил его внимание на это, больной удивился: "А разве я уже собирал животных?" Задания же, не требующие запоминания только что довершенных действий, больной выполняет: объясняет правильно переносный смысл поговорки, метафоры, справляется с заданием "метод исключения", но, спустя 3 мин. не помнит, что выполнял.

Выявляются грубые нарушения памяти: из 5 предъявленных слов он Воспроизводит после 5-кратного повторения лишь последнее. Больной запомнил 1,2,0,1,1 слово. Применение опосредования (по методу А. Н. Леонтьева) ему не помогает. Из 10 слов он запомнил лишь 2 (хотя сам процесс опосредования ему в принципе доступен). Точно так же больной не может воспроизвести сюжет простого рассказа ("Галка и голуби").

Экспериментатор. Почему галка полетела к голубям?

Больной. А кто ее знает, захотела и полетела.

Экспериментатор. Может она слышала, что у голубей хорошая пища была?

Больной. Может быть, галки прожорливые, но и голуби тоже любят поклевать.

Экспериментатор. Ну, а кто кого выгонял из гнезда? Кто перекрасился?

Больной. Никто никого не выгонял. Какая раскраска? Не понимаю, о чем вы толкуете?

Спустя 10 мин, больной отрицает сам факт исследования, говорит, что никогда не видел экспериментатора.

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают столь выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточности ориентировки. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых кофабуляций: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумав не существовавший вариант событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетается у больных с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то переплетаются причудливо с не имевшими место событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни.

Не случайно ряд ученых (А. Р. Лурия, В. А. Гиляровский) увязывают наличие корсаковского синдрома с нарушениями сознания. А. С. Шмарьян (1948) тоже указывал на то, что расстройства гнозиса пространства и времени являются одним из механизмов развития корсаковоподобного амнестического синдрома, наблюдаемых при тяжелых травмах мозга.

Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспонтанности, т.е. грубых нарушений мотивационной сферы, активности, как это имеет место у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Наблюдая вместе с Ю. Б. Розинским (1948) подобных больных, мы выявили, что такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояний.

При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности; для таких больных недоступен выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, проявление инициативы, у них отсутствует потребность окончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдалась расторможенность, легкомысленно-дурашливое поведение расстройства критики.

Недостатки памяти больные восполняют конфабуляторными высказываниями. Мы наблюдали больных, которые вместо описания предъявляемых им рисунков рассказывали о чем угодно, но не о том, что в действительности было предложено. Им значительно легче было создать любой, несоответствующий ситуации вариант, чем адекватно сообщить о виденном или слышанном. В силу дезориентировки у больных была нарушена адекватная оценка окружающего. Им было недоступно соотнесение прошлого и настоящего в плане временной характеристики событий. Приводим для иллюстрации историю болезни больного Е.

Больной Е., 1941 г. рождения, электромонтер (доктор Ю. Б. Розинский).

Анамнестические данные. Со слов родных родился и развивался нормально. В детстве ничем не болел. По характеру всегда был общительным, живым, активным, инициативным. Учился хорошо, к учебе проявлял интерес. 24 лет больной женился, приобрел специальность электромонтера. Всегда очень активный, являлся примерным производственником. Дома — очень внимателен к родным, заботлив, мягок. Много времени проводил за книгами — "любитель почитать".

21 сентября (больной попал под поезд) был доставлен в Перовскую больницу, где пробыл по 25 сентября. Диагноз при поступлении: перелом основания черепа, ушибленная рана лба. После удаления сгустков крови в области лобной кости слева линейная рана длиной 5 см с рваными краями. Рана проникает до кости. Другая линейная рана на левой брови, длина ее 2 см. Под кожей черепного свода широкая гематома, занимающая лобную, почти половину теменной и височную область. Произведена операция. Напряженная твердая мозговая оболочка разрезана крестообразно. Из-под нее стали выходить сгустки крови и жидкая кровь. На рану наложены швы.

26 октября. Не ориентирован; говорит, что травма была 4 года назад. Он родился в 1941 г., но ему 44 года. Соглашается, что тогда ему не может быть 44 года, "надо взять послужной список и посмотреть". Работал он "на этом, в котором говорили лет 5". Месяц назвать не может: "сентябрь, октябрь, ноябрь — выбирайте любой".

Жену и дочь, пришедших к нему не узнал. Во второе посещение через 2 недели его состояние было лучше, он узнал родных, но отнесся к их приходу совершенно равнодушно, считал, что он находится дома, что родные не пришли, а находятся здесь с ним постоянно. Тотчас забывал все, что ему говорили и что говорил сам. Не высказывал никаких желаний, просьб. Совершенно равнодушно отнесся к уходу родных, ни о чем их не спрашивал.

21 ноября переведен в нервно-психиатрическую клинику Центрального института психиатрии.

Неврологический статус. Малоподвижен, застывает в однообразных позах, ходит мелкими шагами. Амимичен. Слегка уплощена левая половина лобной кости, там же костный дефект, видна пульсация. Правый зрачок неправильной формы, расширен, не реагирует на свет. Легкая асимметрия лица. Язык по средней линии. Легкая неустойчивость в позе Ромберга. Гиперкинезов нет. Брюшные рефлексы слегка ниже, чем справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних конечностях очень живые. Коленные и ахилловы равные, но повышенные. Патологических рефлексов нет.

Рентгенологическое исследование. Перелом свода и основания черепа с развитием спонтанного пневмоцефалона на почве травматической порэнцефалии.

Исследование спинномозговой жидкости. Цитоз 152/3, белок 0,5%, реакция Нонне-Апельта положительная, реакция Вейхброда слабо положительная, реакция Ланге 11122100. Реакции Вассермана, Закс-Витебского, Кана — отрицательные.

Психический статус. Больной не ориентирован, вял, пассивно лежит в постели, не меняя позы. Амимичен. Будучи неопрятен мочой, может длительное время лежать в мокром белье, никогда сам ни о чем не попросит. На вопросы отвечает односложно, после длительной паузы, часто не отвечает совсем.

Данные психологического исследования и клинических наблюдений показали, что поведение больного, его ответы зависят от обстановки и конкретных вещей, среди которых он находится. Будучи введен в кабинет врача, подходит к столу, начинает разбирать на нем бумаги. Увидев раскрытую папку, закрывает ее. Заметив карандаш, берет его и начинает писать на лежащей перед ним папке или бумаге, или книге, наконец, просто на столе. Книгу, лежащую перед ним, берет и начинает читать. На вопрос о том, что там пишут, ответил: "Об авторе пишут".

На фоне подобного ситуационного поведения выступают грубые нарушения памяти: Больной не может воспроизвести события, относящиеся к периоду до травмы и после нее, так же как факт самой травмы. Больной не запомнил сюжета рассказанного ему рассказа: "Что-то вы мне рассказывали". Из 10 слов после многократного повторения не запомнил ни одного: "А вы мне ничего не говорили". Не помнит имени врача, имен окружающих его больных. Выйдя из палаты, он не в состоянии отыскать ее, в палате не находит свою постель. Не может сказать, сколько человек лежит с ним в палате, совершенно неспособен указать времени дня: утром может сказать, что это вечер, и наоборот, и даже завтрак или ужин не являются, для него опознавательными моментами времени. На один. и тот же вопрос больной каждый раз дает разные ответы, никогда не задумываясь. У него то пятеро, то четверо, то, наконец, двое детей, имена их каждый раз различны. Он находится то в школе, то на производстве. Имеют место конфабуляторные высказывания. Он ходил сегодня в лес, собирал ягоды и грибы. На вопрос, как же могут быть ягоды и грибы в декабре, больной отвечает: "Такой уж лес попался". Год, месяц, число, время года каждый раз называет различные. Иногда отвечает на вопросы неопределенно. Нередко его ответы приобретают уклончивый характер. Например, спрошенный о том, что он знает о начале своего заболевания, больной отвечает: "То же, что и Вы". "А что знаем мы?" — "То, что знаем мы вместе". На вопрос, что же мы знаем вместе, больной отвечает: "Ничего". Часто он соглашается с тем, что все его высказывания не соответствуют действительности, и тут же начинает утверждать, что все сказанное "совершенно правильно". Явная противоречивость его совершенно не смущает. Из памяти больного выпал весь период с момента травмы и до нее. События более давние сообщает правильно. Называет свою специальность, дает некоторые сведения о своей учебе и более ранние анемнистические сведения.

Прогрессирующая амнезия . Расстройства памяти распространяются часто не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, они смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер: так, одной больной казалось, что она живет в начале нашего века, что только что кончилась первая мировая война, только что началась Великая Октябрьская социалистическая революция.

В. А. Гиляровский описывал в 30-х гг. больную, которой казалось, что она живет у помещика, она боялась "барыни-помещицы" потому, что "не успела выстирать белье".

В этой амнестической дезориентировке звучат часто прошлые профессиональные навыки. Так, один из наших больных (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет "хозяина". Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которого лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к

запоминанию текущих событий, стираются в памяти события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся "жизнью в прошлом", ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

С. Г. Жислин высказывает предположение, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок, общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не могут поспевать за сменой разыгрывающихся событий, идущих из реальной жизни, и фиксируют лишь отдельные части, компоненты обстановки и ситуации. Все вписанные явления протекают на фоне интеллектуальной обедненности, обусловленной гибелью огромного числа клеток коры.

В нашей лаборатории было проведено психологическое исследование [64] группы больных в возрасте от шестидесяти до восьмидесяти трех лет. Исследование познавательных процессов проводилось с помощью методик: заучивание десяти слов, опосредованное запоминание, по А. Н. Леонтьеву, воспроизведение рассказов, установление простых аналогий, объяснение метафор и пословиц. Прежде всего выявилась недостаточная активность процесса запоминания. Больные фактически не принимали задачу "запомнить". Об этом свидетельствует то, что ни одна из испытуемых не смогла воспроизвести ни одного слова при опосредованном запоминании (по А. Н. Леонтьеву). Вместо этого больные называли предметы, нарисованные на картинках, хотя связи между запоминаемым словом и картинкой часто устанавливались адекватно. Объем памяти у этих больных был очень мал и в среднем составлял 4 слова. Форма кривых запоминания имеет форму плато (рис. 1).

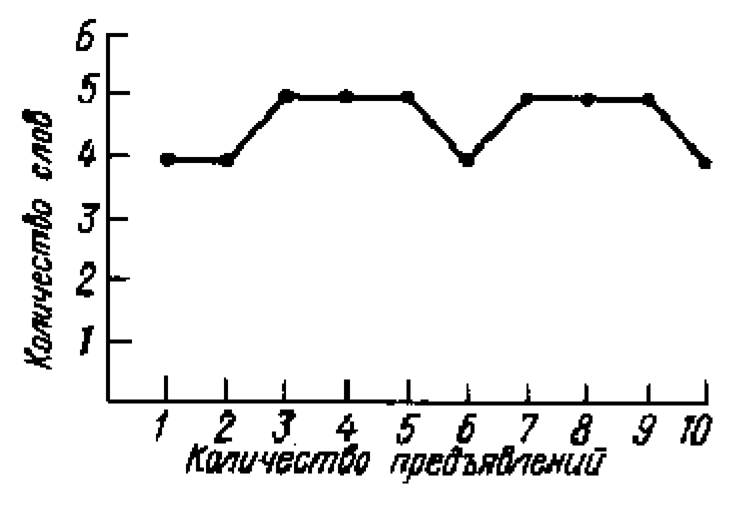


Рис. 1

У некоторых больных кривые запоминания имеют зигзагообразную форму, что говорит о неустойчивости, истощаемости мнестических процессов больных.

Очень низка прочность запоминания. Никто из больных не мог припомнить ни одного из десяти слов при отсроченном воспроизведении. Показательно в этом отношении также

воспроизведение рассказов. Бывали случаи, когда больные, дойдя до середины рассказа, обнаруживали, что не помнят конца, искажали его сюжет. Малейшее отвлечение, пауза между предъявлением и воспроизведением рассказа, какая-нибудь фраза, взгляд в сторону — все способствует быстрому забыванию. Больная, только что верно начавшая передавать содержание, с трудом вспоминает, о чем в нем шла речь, а через минуту заявляет, что никакого рассказа она не слышала, что "мы просто сидим и беседуем о разных вещах".

Уровень умственных достижений подобных больных в течение эксперимента колеблется, особенно при выполнении заданий, требующих длительного удержания направленности мысли и постоянного оттормаживания несоответствующих связей (простые аналогии, установление связи между словом и карточкой в методике на опосредованное запоминание). Чрезмерная отвлекаемость, соскальзывание мысли по побочным ассоциациям являются характерными для обследованной группы больных. Так, больная, которая начала верно выполнять задание, вдруг предлагает какое-нибудь совсем нелепое решение или, забывая о том, что ей нужно делать, отвлекается и начинает говорить о посторонних вещах. Потом снова возвращается к заданию и правильно продолжает его.

Приводим для иллюстрации выписку из истории болезни, больной 3. А.

Больная 3. А., 1905 г. рождения, диагноз: старческое слабоумие. Наследственность не отягощена. Окончила гимназию, работала секретарем-машинисткой, потом занималась домашним хозяйством. Была замужем. Детей не имела.

Последние восемь лет жалуется на боли в сердце, отекают ноги. В 1966 г. стационировалась в соматическую больницу, диагноз: атеросклероз, нарушение водно– солевого и жирового обмена.

По словам соседей, с 1966 г. начала меняться по характеру: стала раздражительной, злобной. Пенсию тратила почти всю на сладости, которые раздавала знакомым. Себя полностью не обслуживала, ей помогала сестра. По ночам спала плохо, стучалась к соседу, говорила, что ей страшно, у нее воруют вещи через форточку. Психиатром психоневрологического диспансера 25 февраля 1967 г. направлена в больницу им. П. Б. Ганнушкина.

В больнице первое время жалуется на преследование со стороны соседей, которые хотят украсть у нее ключи от комнаты, телевизор, делают дырки в двери ножом, ругаются. Часто пишет жалобы заведующей отделением на больных, которые якобы украли у нее много вещей: кастрюлю, шкаф, одежду, белье, стол, посуду. Критика к своим высказываниям отсутствует, неряшлива, прожорлива. Остатки еды прячет в постели, возбуждается, плачет, когда эти остатки от нее отбирают. Пребыванием в больнице тяготится, просит о выписке. 12 ноября 1967 г. выписана на попечение сестры.

Через несколько месяцев состояние опять ухудшилось. Жаловалась, что соседи часто говорят о ней по телефону, ругают ее. В марте 1968 г. стала утверждать, что в соседней комнате по магнитофону и по радио называют ее фамилию, угрожают выселить из квартиры в три дня. Стала подозрительной, злобной, ночью не спала, ходила по квартире, зажигала свет, стучала к соседям в двери. 27 мая была вновь стационирована в больницу им. И. П. Ганнушкина.

Психическое состояние. Ориентирована, в беседу вступает охотно, говорит тихим голосом. С удовольствием пишет ответы на бумаге. Крайне слабодушна. Первое время жалуется на преследование со стороны соседей. Рассказывает, что даже в больнице в первые дни слышала, как по радио говорили о ее выселении. Последнее время поведение в больнице упорядоченное. Бреда не высказывает, галлюцинации отрицает. Пребыванием в больнице не тяготится. Все свободное время сидит на излюбленном месте за столом у окна, никого туда не подпускает, очень сердится, если кто-то из больных занимает его. С врачом общается охотно, с больными не общается. В часы трудотерапии работает.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной 3. А. Из 10 слов больная воспроизводит 5,2,5,3,4 слова. При отсроченном воспроизведении — 3 слова. Содержание несложного задания передать не может. Переносного смысла пословиц, метафор не понимает, не может сложить простейшего узора в методике Кооса. С трудом улавливает содержание картины (см. протоколы).

Объяснение пословиц и метафор

Метафоры и пословицы	Объяснение больной
Каменное сердце	Нечуткий, некультурный человек; полюбила его – не любит; вышла замуж – изменяет. Женщина обычно переживает. Женщины вообще лучше, чем мужчины. Мужчины некультурные, нечуткие, грубые...
"Золотая" голова	Может быть и у женщины и у мужчины. И все они прекрасные. Умные. Смелые. Свободные. И любят друг друга всю жизнь. Полюбила его, а он женат. Бывает и так. Такое несчастье!...
Не в свои сани не садись	Не будь таким нахальным, невежливым, хулиганом. Не ходи, куда не нужно
Куй железо, пока горячо	Работай, будь трудолюбивым, культурным, вежливым. Делай все быстро, хорошо. Люби человека. Все для него делай
"Золотая" голова	Золотые волосы могут быть у блондинки

Воспроизведение рассказов

Экспериментатор	Больная
1. "Галка и голуби"	Он охотника укусил. Почему? Всегда вот они кусаются. Маленькие, а кусаются
Расскажите	(всхлипывает) жалко галку. Как они нехорошо поступили. И те прогнали и другие. И никому она не нужна. Бедная!
Почему ее все прогнали?	Не знаю. Никого нельзя прогонять. Это нехорошо. Прощать надо. Надо ласковыми быть... (плачет)
2. "Муравей и голубка"	Он охотника укусил. Почему? Всегда вот они кусаются. Маленькие, а кусаются
Зачем он укусил охотника?	Вот я и спрашиваю, зачем? Охотник даже закричал, бедный (плачет).
А голубка в рассказе была?	Не помню. Была. Бедный охотник
	(Через три дня)
1. "Галка и голуби"	Масса голубей... Да, это дело. У каждой птицы свое гнездо, свои привычки. Есть гнезда вороньи, галочьи, воробьиные...
2. "Муравей и голубка"	Как муравей стал тонуть, а голубка спасла его. Не знаю, что еще... муравей (отвращение на лице)! Они неприятные насекомые, опасные, кусаются, они кусают человека за ноги. Босиком среди них ходить опасно...

Опосредованное запоминание (*по А. Н. Леонтьеву*)

Слова	Карточка	Объяснение связи	Воспроизведение
Дождь	Фонарь	Никакого дождя нет. Фонарь. Напоминает так: когда темно – тогда фонарь	Фонарь
Собрание	Дом	Это много людей. Вопросы всякие, здесь соберутся	Булочная. Кондитерские изделия, кексы, слойки, калорийные...
Пожар		У нас недавно по соседству был пожар... Надо картинку, где спички, керосин, керогаз, курят папиросы, пьяны, неосторожны...	

День	Петух	Утро сначала. Говорят какая погода... есть на дачах	Петух (курица без хвоста)
Театр	Лошадь	Сцена, занавес, партер, галерка, ложа есть? Собачки ученые, лошадки	Лошадка
Драка	Нож	Ресторан, пьянство, хулиганы. Или палкой по башке ударят! (хохочет)	Большой нож
Праздник	Глобус	1 Мая? Нет, нет, подождите, не 1 Мая. Новый год... 8 Марта, женский день. Во всем мире праздник. Глобус – во всем мире. Вот бокал еще подходит	Глобус на подставке
Труд	Рубашка	Сама сшила	Пиджак
Встреча	Часы	Часы главное, встреча под часами	Часы

Приведенные протоколы выявляют грубое нарушение памяти. Процесс опосредования не улучшает воспроизведения. Больная называет карточки. Она может частично понять переносный смысл пословицы, но не удерживает его и отвлекается. Суждения больной неустойчивы, правильные суждения чередуются с неадекватными. Мнестические же нарушения носят стойкий характер, больная не только не запоминает прошлых событий, но и не помнит настоящего.

---

2. НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Описанные выше нарушения памяти носили в основном стабильный характер. Хотя степень их выраженности могла меняться, но все же основной радикал этих нарушений (нарушение временной характеристики, амнестическая дезориентировка) оставался стойким.

В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. Больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако, спустя короткое время, не могут этого сделать. На первый план выступают колебания их мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при десяти предъявлениях) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6-7 слов, после пятого — лишь 3 слова, а после шестого — опять 6-8.

Оценка памяти подобных больных в терминах "память больного снижена", "память больного не нарушена" не является адекватной. Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно, с детализацией воспроизводят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать совсем легкий сюжет. Нередко также нарушения памяти сочетаются с амнестическими западаниями в речи: больные вдруг забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона. Подобные нарушения памяти встречаются у

больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях.

Заслуживает внимания тот факт, что подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома. Экспериментально-психологическое исследование выявляет лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и эффективно-эмоциональной сфер.

При выполнении интеллектуальных задач, требующих длительного и направленного удержания цели, последовательности суждения, часто обнаруживается нестойкость умственной продукции больных. Так, в опыте на "классификацию предметов" колебания умственной деятельности могут проявиться в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Эпизодически выступающие неправильные суждения и действия выявлялись и при выполнении других методических приемов. Часто адекватное выполнение задания прерывалось внезапно наступающими колебаниями эффективной сферы больных.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и по существу является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Понятие работоспособность включает в себя ряд аспектов и факторов: это отношение к окружающему и к себе и позиция, принятая человеком в определенной ситуации, и способность регуляции своего поведения, целенаправленность и устойчивость усилий, возможность бороться с истощаемостью и пресыщаемостью. В обсуждаемых нами здесь случаях речь идет в основном о влиянии фактора истощаемости на мнестическую деятельность.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности больных, проявлением ее неустойчивости.

Следует отметить, что одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В повседневной своей жизни больные сами прибегают к такому способу, отмечая: "Я уже стал делать себе отметочки на память", "Я себе примечаю что-нибудь, чтобы мне напомнило". Особенно четко это выступает в психологическом эксперименте.

Однако в некоторых случаях выступили парадоксальные факты: операция опосредования (например, метод пиктограмм) приводила не к улучшению, а к ухудшению процесса воспроизведения. Известно, что акт опосредования своих действий является адекватным свойством психической деятельности зрелого человека, что одним из показателей развивающейся психики ребенка является формирование умения опосредовать свои действия. Однако это опосредование не заслоняет собой содержания деятельности. Несмотря на то что акт опосредования отвлекает на себя усилия человека, оно (это опосредование) не разрушает ни усвоения и восприятия человека, ни логического хода его суждений, умозаключений. У исследованных нами группы больных акт опосредования приводил к парадоксальному явлению — он мешал их основной деятельности. У них возникала чрезмерная тенденция к опосредованию, больные были чрезвычайно озабочены нахождением условного обозначения, они опасались, что рисунок не окажется достаточным для запоминания слов. "Как бы мне точнее изобразить — я еще нарисую". В результате больные воспроизводили опосредованные слова лишь приблизительно: процесс произведения становится недифференцированным. Очевидно, усилия, которые больной прилагал для совершения операции опосредования, приводили к еще большей истощаемости и без того ослабленного состояния бодрственности корковых процессов больного.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала. Точно так же может действовать и эффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала. Во всех случаях может оказаться измененным именно динамический компонент памяти.

Правильная квалификация нарушений динамики мнестической деятельности, установление степени этих изменений имеют большое значение для самых различных разделов психиатрической практики, особенно при решении вопросов трудового восстановления и трудовых рекомендаций. Потерю своей работоспособности больные нередко объясняют снижением памяти, особенно часто такое объяснение применяется при снижении учебной успеваемости. Больные пытаются "тренировать" свою память, "заучивать" по много раз, "повторять" материал. Между тем эта забывчивость, еще раз подчеркиваем, является не моносимптомом, а проявлением нарушений работоспособности больных в целом. Коррекционная работа в подобных случаях должна состоять либо в создании условий, предупреждающих наступление истощаемости, либо в нахождении путей, которые могут компенсировать невозможность удержания цели.

---

3. НАРУШЕНИЕ ОПОСРЕДОВАННОЙ ПАМЯТИ

Работами советских психологов показано, что память является сложной организованной деятельностью, зависящей от многих факторов, уровня познавательных процессов, мотивации, динамических компонентов (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. И. Зинченко и др.). Поэтому следовало ожидать, что психическая болезнь, изменяя эти компоненты, по-разному разрушает и мнестические процессы. В то время как введение операции опосредования улучшает запоминание здоровых людей, то у ряда больных фактор опосредования становится помехой. Этот факт был еще в 1934 г. впервые описан Г. В. Биренбаум. Исследуя больных разных нозологических групп с помощью метода пиктограммы, она показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания:

Как известно, этот метод, предложенный А. Р. Лурия [122], состоит в следующем. Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается время выполнения этого задания.

Задание по методу пиктограммы может быть выполнено двумя способами. Первый из них заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова "развивать" можно нарисовать любую маленькую или большую фигуру (квадрат, круг), для слова "сомнение" — вопросительный знак. К такому приему легко прибегнуть, если испытуемые имеют достаточный образовательный уровень. При втором способе выполнения задания условно изображается понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, то же слово "развитие" может быть представлено более узким значением, как "развитие промышленности", "развитие умственное", "развитие физическое" и т.п. Изображение любого предмета, связанное с таким менее общим понятием

(фабрики, книги, какого-нибудь спортивного снаряда), может играть роль знака, условно обозначающего понятие "развитие".

Таким образом, задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержит понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может оттормо-зить все частные значения, связанные с ним. Иными словами, выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения и позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемых связей.

Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием легко выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную задачу.

Г. В. Биренбаум, исследовавшая при помощи этого метода нарушение понятий у душевнобольных, указывала, на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то одно, которым можно обозначить рисунок. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова, значение рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове заключается основной механизм активного образования условного значения; И хотя эта операция опосредования производится довольно легко даже здоровыми подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже по тому, что в создании рисунка заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций. С другой стороны, условность рисунка может стать столь беспредметной и широкой, что она перестает отражать реальное содержание слова (Г.В.Биренбаум [34], Б. В. Зейгарник [64]); условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов (Ю. Ф. Поляков [150], Т. К. Мелешко [134], С. В. Лонгинова [121]).

Приведем некоторые иллюстрации.

У группы больных эпилепсией этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?" Этот больной затрудняется придумать рисунок для запоминания слова "разлука". "По-разному, можно разлучаться: можно с любимой; или сын уходит из дома, или просто друзья расстаются. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Он пытается нарисовать кровать, но тут же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит". Тогда больной решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает".

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение "веселый праздник" больной рисует пляшущих людей, накрытый стол, цветы, рядом рисует флаг.

В результате больные хуже запоминают слова, когда они пытаются прибегнуть к опосредованию. Процесс опосредования мало помогал и тем из них, которые устанавливали чрезмерно формальные связи, связи по созвучию (например, для понятия "сомнение" рисовали рыбу — сом. потому что совпадали первые слоги, или для слова "дружба" — два треугольника).

Проблеме нарушений опосредованного запоминания посвящена работа Л. В. Петренко [144]. Предметом исследования было выявление и анализ тех многообразных звеньев, нарушение которых лежало в основе патологии процесса опосредования, выявление факторов,

"ответственных" за невозможность использования вспомогательных средств, оперирование которыми меняет структуру мнестических процессов и делает их специфически человеческими (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. А. Смирнов). Ею были исследованы больные эпилепсией (эта группа состояла из 2 подгрупп — больных "симптоматической эпилепсией" и больных "эпилептической болезнью") и больные с локальными поражениями мозга (больные с дисфункцией медиобазальных отделов лобных долей мозга и больные с поражением гипофиза и прилегающих к нему областей). В качестве методических приемов была использована методика непосредственного заучивания слов и методика опосредованного запоминания (по *А. Н. Леонтьеву* и *А. Р. Лурия*).

Основным результатом работы Л. В. Петренко было установление снижения эффективности опосредованного запоминания по сравнению с непосредственным запоминанием у определенной группы больных — факт, вступающий в противоречие с результатами, полученными при исследовании здоровых людей, взрослых и детей (А. Н. Леонтьев). При этом у разных групп больных опосредованная память нарушалась неодинаково: если у больных симптоматической эпилепсией опосредование лишь в некоторой степени способствовало повышению результативности запоминания, то в группе больных эпилептической болезнью введение опосредования даже препятствовало воспроизведению, снижало его продуктивность.

Для объяснения этого явления Л. В. Петренко обратилась к анализу того, как осуществляется деятельность опосредования. Главным показателем, позволившим судить о том, в какой степени используются различные средства, совершенствующие структуру запоминания, служил анализ связей, создаваемых больными при исследовании опосредованной памяти.

Л. В. Петренко выделила две категории связей, устанавливаемых больными эпилепсией при применении методики А. Н. Леонтьева. Первая из Них включила связи по значению, при установлении которых больные руководствовались объективными свойствами предметов и явлений, их общественно зафиксированным значением. Первым параметром, образующим связи второго вида, был внешний момент — впечатление испытуемого, на которое влияли либо особенности предъявления материала, либо эмоциональные субъективные факторы.

Вторым параметром явился динамический аспект процессов опосредования, анализ его временных характеристик. Он мог быть: а) динамически адекватным, основанным на последовательном оперировании отдельными элементами; б) нецеленаправленным, при котором больные не останавливались на выделенном опосредствующем звене, а продолжали "нанизывать" детали, перечислять второстепенные свойства элементов связи. В качестве третьего параметра изучения опосредованной памяти был принят анализ самого процесса воспроизведения.

Наиболее частым феноменом при ошибочном воспроизведении в обеих группах больных было название слов и фраз, отражающих значение самого используемого средства: воспроизведение актуализировало то, что должно было послужить только связывающим звеном, переходным моментом от заданного слова к выбираемой карточке и, наоборот, от карточки к слову. Так, например, для опосредования запоминания слова "прогулка" испытуемый берет карточку, на которой изображено дерево и воспроизводит: "Дерево, кажется, елка"; другая больная для запоминания этого же слова берет карточку с изображением забора, мотивируя: "Я всегда гуляю до соседнего забора", воспроизводит слово "сосед". Если применить для изложения процесса опосредованного запоминания схему А. Н. Леонтьева: А-Х-А, где А обозначает предложенное для запоминания слово, Х — устанавливаемую для запоминания связь, то выявлялось, что патологическое изменение мнестических процессов часто приводило к воспроизведению типа А-Х-Х или А-Х-Y.

Л. В. Петренко [144] была высказана гипотеза, что нарушение опосредованного запоминания обследованных групп связано со своей структурой нарушенной деятельности больных.

Выявленная с помощью детального экспериментального исследования (с помощью методики "классификация предметов", метода исключения, счета по Крепелину, исследования уровня притязаний, процесса насыщения и т.д.) общая психологическая характеристика исследованных больных подтверждает ее гипотезу. Если у больных симптоматической эпилепсией нарушения опосредования были связаны с колебаниями их работоспособности, то у больных эпилептической болезнью они объяснялись повышенной инертностью, гипертрофированным желанием отобразить все детали. Последние данные соответствуют результатам исследований И. Т. Бжалавы и Н. В. Рухадзе, которые отмечают, что больные эпилепсией действуют на основе заранее фиксированной установки, носящей инертный и интермодальный характер.

---

4. НАРУШЕНИЕ МОТИВАЦИОННОГО КОМПОНЕНТА ПАМЯТИ

Данные, приведенные в предыдущих параграфах, касающиеся нарушений памяти, подтверждают, что в различных формах мнестических изменений находит свое отражение по-разному измененная структура деятельности. Мы показали, как нарушения процесса обобщения, опосредования, динамики влияют на процесс воспроизведения, меняют соотношение непосредственной и опосредованной памяти.

В данном параграфе мы остановимся на роли мотивационного компонента в строении мнестической деятельности.

Современная психология не является больше наукой об отдельных психических функциях. Психические процессы следует рассматривать как разные формы психической деятельности, которые формируются в онтогенезе. В зависимости от той задачи, на решение которой направлена деятельность человека, она принимает форму того или иного процесса (восприятия, памяти). Поэтому в отношении всех человеческих процессов должна быть применена та же характеристика, что к деятельности в целому иными словами, при анализе этих процессов следует учесть их личностно-мотивационный компонент. Еще в 1927 г. мы показали это в экспериментальном исследовании памяти (так называемый "феномен воспроизведения незавершенных действий") [219].

Эксперимент заключался в следующем: испытуемому предъявлялся ряд задач (от 18 до 22), которые он должен был выполнить. Это были задачи различного типа: нарисовать монограмму, сложить определенную фигуру из спичек, нанизать бусы, написать стихотворение, вырезать из бумаги спираль, слепить коробочку из картона, обратный счет (письменно), нарисовать вазу, из бумаги сложить фигурки, умножить трехзначные числа, из проволоки сделать фигурку, решить кроссворд, составить ландшафт (испытуемым даются деревья, животные, люди, дома из цветного картона) и т.п. Инструкция: "Вам будет предложен ряд заданий, постарайтесь их выполнить по возможности точнее и быстрее". Половину предложенных задач испытуемый выполнял до конца, половина же их прерывалась экспериментатором до того, как испытуемый их завершит. Перерыв происходил таким образом, что экспериментатор предлагал испытуемому другую работу. (Если испытуемый спрашивал, что делать с незавершенной, экспериментатор делал вид, что не расслышал вопроса или занят протоколом; во всяком случае испытуемый не получал четкого, определенного ответа.) Точно таким же неопределенным оставался для испытуемого порядок чередования оконченных и незавершенных заданий. Сразу после выполнения испытуемым последнего задания экспериментатор спрашивал: "Скажите, пожалуйста, какие Вы выполнили задания?"

Следует отметить, что проведение эксперимента, манера и способы "прерывания" являются очень сложной задачей и требуют тщательно продуманной отработки всех звеньев опыта.

Время, в течение которого испытуемый называет задания, не ограничено. Экспериментатор записывает названные задания в порядке их воспроизведения испытуемым.

Воспроизведение носит вначале плавный характер, после чего наступает часто остановка потока перечисленного. Испытуемый начинает активно "отыскивать", "перебирать" в своей памяти, приведенные количественные данные касаются в основном периода "плавного" воспроизведения. После окончания опыта экспериментатор спрашивает о том, какие задания показались ему интересными или приятными. Экспериментатор использует также спонтанные высказывания испытуемого во время эксперимента.

Для того чтобы исключить влияние структуры различных задач и их индивидуальные различия, испытуемые, так же как и задачи, были разделены на две группы, которые попеременно, менялись местами.

Данные экспериментов показали, что испытуемые запоминали лучше незавершенные действия. Отношение воспроизведенных незаконченных действия (ВН) к воспроизведению законченных (ВЗ) равнялось 1,9:
ВН
---– = 1,9, т.е. незавершенные действия воспроизводились на 90% лучше, чем завершенные.
ВЗ

Преимущество незавершенных действий перед завершенными проявлялось не только в количественном отношении, но и в том, что незавершенные задания назывались первыми.

Выявленная закономерность лучшего воспроизведения незавершенных действий может быть объяснена следующим. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то личностное отношение к ней. У одних испытуемых ситуация эксперимента вызывает желание проверить себя, свои возможности — экспериментальная ситуация приобретает в таких случаях характер некой "экспертизы", контроля. У других испытуемых ситуация эксперимента вызывала некий задор ("хотелось и себе и Вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами"). Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства "долга", "вежливости". Как бы то ни было у любого испытуемого возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание. Выполнение задания выступало в качестве мотивированного намерения. При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, создается некая аффективная активность (в терминологии К. Левина, "динамическая система"), которая проявляет себя в другом виде деятельности — в данном случае в воспроизведении. Ф. В. Бассин сближает это явление с понятием "установка" школы Д. Н. Узнадзе и подчеркивает, что эта "активность, регулируемая определенной установкой и встречавшая какие-то препятствия на пути своего развертывания, оставляет след в состоянии реализующих ее нервных образований, который как таковой не осознается" [17, 290].

Применительно к приведенным данным можно сказать, что деятельность памяти актуализировала ту аффективную готовность, которая образовалась благодаря личностному отношению испытуемого к экспериментальной ситуации. В пользу этого предположения говорят следующие два ряда фактов: 1) преимущественное воспроизведение незавершенных действий не проявляется, если изменить условия эксперимента в следующем направлении. Вместо нейтральной просьбы: "Скажите, пожалуйста, какие Вы выполнили задания?" — дать испытуемому следующее указание: "Эксперимент проводился для того, чтобы проверить вашу память, поэтому я попрошу Вас перечислить задания, которые Вы выполняли". При такой постановке эксперимента незавершенные и завершенные действия воспроизводились с одинаковой вероятностью. Сообщение, что эксперимент проводился для испытания памяти, означало для испытуемого изменение смысла ситуации: у него актуализировался совершенно новый мотив — продемонстрировать или проверить для себя свои мнестические возможности.

Этот новый мотив, ради которого испытуемый должен был совершить теперь "действие припоминания", выступал не только в качестве смыслообразующего, но и побудительного, перед испытуемым выступала теперь цель: воспроизвести возможно больше действий. В свете этого мотива задачи были уровнены. Аффективная готовность к окончанию действий отступала на задний план перед новым мотивом — "воспроизвести возможно больше задач". Таким образом, деятельность воспроизведения была при новой инструкции по-иному мотивирована; новая мотивация вызывала иной результат.

Другая группа фактов, доказывавших роль мотивационного компонента в структуре памяти, заключалась в следующем: если этот эксперимент проводился с испытуемыми в состоянии усталости или в ситуации насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий тоже не обнаруживалась, так как в этой ситуации не формировалась тенденция к завершению.

Правильность положения о том, что деятельность памяти является мотивированной, можно было проследить и на материале патологии. Мы проводили эксперимент по воспроизведению завершенных и незавершенных действий у больных с различными формами патологии мотивационной сферы. В зависимости от формы этих нарушений менялась и закономерность воспроизведения. Так, например, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость, искажение мотивов, мы не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий. У больных с ригидностью эмоциональных установок, с их гипертрофией (например, при некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено. Так, если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий к воспроизведению завершенных

$$\frac{ВН}{ВЗ} = 1,9,$$

то у больных шизофренией (простая форма) — 1,1, у больных эпилепсией — 1,8, а у больных с астеническим синдромом — 1,2.

Таким образом, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы тоже указывает на ее роль в мнестической деятельности.

Роль измененного мотивационного фактора в структуре мнестических процессов выявилась и в изложенном выше исследовании Л. В. Петренко [144]. Исследуя структуру нарушения опосредованного запоминания, автор отмечает, что особенно отчетливо это расстройство выступило у больных с поражением медиобазальных отделов лобных областей мозга, в психическом состоянии отмечалась аспонтанность, расторможенность, анозогнозия по отношению к своей болезни. Л. В. Петренко отмечает, что больные этой группы не выбирали картинку, которая соответствовала бы заданному слову, а бездумно брали первую попавшуюся на глаза. При необходимости вспомнить по картинке предъявленное экспериментатором для запоминания слово сама задача точного воспроизведения не выступала для них как таковая. Чаще всего больные называли либо предмет, изображенный на картинке, либо любое слово или фразу, случайно связанную с картинкой.

Такое отношение не вызывалось трудностями или невозможностью справиться с экспериментальной задачей, так как, будучи поставлены в жесткие рамки (экспериментатор настаивал: "Подумайте, выберите внимательно"), больные могли безошибочно его выполнить. Измененное отношение к окружающему и своим возможностям приводило к распаду структуры психической деятельности, который был описан в разное время А. Р. Лурия и Е. Д. Хомской [126], Б. В. Зейгарник [64], В. В. Лебединским [105], С. Я. Рубинштейн [161] и др.

Таким образом, нарушение подконтрольности, избирательности психических процессов, замена целенаправленности акта стереотипами или случайными фрагментарными действиями являлись факторами, препятствующими процессу опосредования, делающими его принципиально невозможным.

Данные исследования Л. В. Петренко также показали, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных. Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти.

Глава VII

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания психиатр часто руководствуется наличием того или другого вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях по психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, имеется немало высказываний относительно расстройства мышления; имеется множество работ, описывающих расстройства мыслительной деятельности, и в психологической литературе. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет; происходит это потому, что при описании и анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления, на различных философско- методологических положениях.

Психология мышления — одна из самых разработанных областей психологической науки, она являлась всегда центральной проблемой и именно в этой области психологии яснее всего обнаруживаются различия исходных теоретических позиций исследователей. В связи с техническим прогрессом психология испытывает на себе влияние кибернетических исследований. Наметился новый подход к деятельности мышления как деятельности управления поиском решения задач. Несмотря на то что такой подход к деятельности мышления обогатил во многом психологическую науку, создались неправильные взгляды на природу самого человеческого мышления. Ряд зарубежных ученых выдвинули положения, согласно которым мышление может быть сведено к элементарным информационным процессам, к манипуляциям символами [220]. Программа решения задач на электронно-вычислительных машинах (ЭВМ) стала выдаваться за теорию мышления. Поэтому в настоящее время встает новая проблема — выявление в управлении поисками решения задач специфически человеческого.

Исследование творческого мышления человека, проведенное О. К. Тихомировым [185] на большом экспериментальном материале, показало невозможность описать действительную природу человеческого мышления в системе кибернетических понятий.

Задача исследования специфически человеческого в работе мышления стала первоочередной задачей.

Анализ различных форм патологии мыслительной деятельности представляет собой богатейший материал, который показывает правомерность признания специфичности человеческого мышления, данные экспериментально-психологических исследований убедительно показывают, что к мышлению следует подходить, как к одной из форм деятельности (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн).

Как мы уже говорили выше, анализ расстройств мышления проводился в понятиях современных доминирующих психологических концепций. Проблема мышления возникла как предмет психологии в начале 20-х гг. нашего века в вюрцбургской психологической школе. Господствовавшая до этого ассоциативная психология не ставила перед собой проблемы анализа мыслительной деятельности. Мышление сводилось к "сцеплению" ассоциаций. За реальность принимались лишь ощущения и их копии.

Психологический анализ мышления заключался в выяснении законов ассоциации, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных. Один из основоположников ассоциативной психологии А. Бэн отводит ассоциациям по сходству основную роль в мышлении. Хотя введение В. Вундтом в психологию экспериментального метода было, безусловно, прогрессивным фактором в истории психологической науки, однако психологические исследования, проведенные им и его последователями, проводились на основах ассоциативной психологии.

Г. Эббингауз, Г. Мюллер, Т. Ципен — крупнейшие представители экспериментальной психологии того времени — считали, что универсальным законом являются законы ассоциации. Так, понятия суждения, умозаключения характеризуются как ассоциации представлений. Другие представители экспериментальной ассоциативной психологии считают, что мышление сводится к актуализации ассоциаций.

Репродукция идей стала краеугольным камнем ассоциативной теории мышления. Само мышление рассматривается как производная функция от других психических функций: памяти, внимания. На подобных концепциях основывались работы психологической лаборатории психиатрической клиники крупнейшего немецкого психиатра Э. Крепелина.

Эти положения ассоциативной психологии определили во многом исследования в области патологии мышления. Нарушения мышления выводились из нарушений других функций. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания. Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось нарушением комбинаторных способностей (Э. Крепелин, К. Гельброннер, М. Я. Серейский), неустойчивостью внимания (В. П. Осипов).

Сущность нарушения мышления сенильных больных сводится к нарушению памяти, нарушению способности удерживать воспринятое (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, С. Г. Жислин и др.).

При объяснении нарушений мыслительных процессов, при травмах мозга ряд авторов (Р. Я. Голант, М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Р. С. Повицкая) склонялись к мнению, что в этих случаях интеллектуальные нарушения наступают из-за расстройства внимания.

Большое внимание оказали на патопсихологические исследования в области мышления и положения вюрцбургской психологической школы. Как известно, представители вюрцбургской школы (О. Кюльпе, Н. Ах, О. Зельц и др.) выдвинули положение, что мышление несводимо к процессу ассоциаций, что оно имеет свою специфику, не сводимую к наглядно-образному содержанию ощущений и восприятия. Механизмом мышления является, по их мнению, детерминирующая тенденция, идущая от представления цели, не осознаваемая самим человеком.

Выдвинув впервые понятие "цель", "задача", эта школа противопоставила механизм мышления чувственному познанию. Мышление было объявлено актом "чистой" мысли, не связанной ни с прошлым опытом, ни со знанием.

В результате некоторые немецкие психиатры считали, что в основе шизофрении лежит недостаточность "первично данной духовной структуры". По мнению И. Берце, у которого эта теория наиболее четко представлена, такой первичной структурой является "тонус сознания" (активность "я"), которая при шизофрении оказывается нарушенной ("гипотония сознания"). "Гипотония сознания", сама по себе не проявляющаяся и познаваемая лишь интуитивным путем, определяет всю психопатологическую симптоматику, в том числе и нарушение мышления.

К этой характеристике примыкают и взгляды Г. В. Груле, определившего нарушение мышления при шизофрении как нарушение "напряженности", в основе которой лежит нарушение активности личности. С этими положениями солидаризируется И. Берингер, выдвигая концепцию о слабости "интенциональной дуги", являющейся причиной нарушений мышления больного шизофренией, и Е. Штранский, говорящий об "интрапсихической атаксии" больных.

Нарушения мышления трактуются как вторичные, как проявление нарушений особой "активности", "интенции" психики. В статье, посвященной психологии шизофрении (в IX томе "Руководства" Бумке), Г. В. Груле выдвинул в метафорической форме положение (надолго определившее ход исследований, касающихся характеристики мышления шизофрении) о том, что машина остается интактной, но она плохо или совсем не управляема. Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены, однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Подобная трактовка мышления как особого вида "духовной активности" особенно выражена у К. Ясперса, который противопоставил интеллект мышлению. В то время как мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, интеллект рассматривался как совокупность способностей; память, внимание и речь выступали в качестве "предпосылок интеллекта". Это подразделение проникло и в нашу отечественную психиатрию. Указания на то, что у "больного сохранен интеллект, а мышление нарушено", встречаются во многих исследованиях.

Такое противопоставление интеллекта мышлению привело к тому, что исследователи пытались найти различный генез мыслительных нарушений при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. Нарушения познавательных процессов, выступающие при грубых органических заболеваниях, например при травмах, определялись как нарушения "интеллекта" или "предпосылок интеллекта", нарушения высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения собственно мышления.

Концепция противопоставления интеллекта мышлению, сведение последнего к некоей особой сущности получили особое распространение при характеристике психической деятельности больных шизофренией. Исследователи стали выделять у больных шизофренией некое "основное нарушение" (Grundstërung), из которого выводились все особенности изменений его психики. При этом указывалось на "непонятность", причудливостью мышления и поведения этих больных, которую нельзя объяснить. Эти взгляды опирались на понятия "понимающей психологии" В. Дильтея и Э. Шпрангера, считавших, что психику нельзя объяснить.

Большое распространение получила точка зрения, согласно которой "основным нарушением" больного шизофренией является его аутичность, обусловливающая распад его мышления. Проблема аутистического мышления была поставлена немецким психиатром Е. Блейлером [35]. Остановимся подробнее на анализе его монографии, специально посвященной аутистическому мышлению.

Е. Блейлер противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а "аффективными потребностями". Под "аффективными потребностями" он подразумевал стремление человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

Е. Блейлер считал, что если реальное логическое мышление является мысленной репродукцией тех связей, которые доставляет действительность, то аутистическое мышление управляется стремлениями, аффектами и не считается с логикой и действительностью.

Е. Блейлер противопоставлял логическое и аутистическое мышление также по их генезу. Он считал, что ослабление логического мышления приводит к преобладанию аутистического, что логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, приобретается путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам [35].

Концепция Е. Блейлера имеет известную историческую ценность: в противовес современной ему формальной интеллектуалистической психологии и психопатологии он подчеркнул аффективную обусловленность мыслительного процесса, точнее, зависимость направленности мышления от потребностей человека. То, что Е. Блейлер подчеркивал роль аффективных стремлений в мышлении, то, что он связывал мышление с потребностями (пусть даже ограничивая свое рассмотрение одной потребностью, да еще на ее биологическом уровне), представляется нам скорее достоинством, нежели недостатком его концепции. Основное возражение, которое является важным для критики концепции аутистического мышления Е. Блейлера, заключается в том, что он *расчленяет* так называемое реальное и аффективно обусловленное мышление. И хотя Блейлер указывает на то, что логическое реальное мышление отражает действительность, по существу он изолирует этот основной вид мышления от эмоций, стремлений и потребностей.

Попытка Е. Блейлера расчленить единый процесс рационального познания на два генетически и структурно противоположных вида мышления и ввести в психологическую терминологию понятие аутистического, т.е. независимого от реальности, мышления является ложной.

Большое влияние на исследования мышления оказали работы школы гештальтпсихологии. В работах В. Кёлера, М. Вертхаймера, К. Дункера мышление рассматривается как внезапное, неподготовленное прежним опытом и знаниями "понимание" ситуации. Деятельность мышления заключается, по их мнению, в том, что отдельные части ("конфигурация") проблемной ситуации переструктурируются; образуется новое "целое", новый "гештальт". Отдельные элементы проблемной ситуации воспринимаются в новых отношениях, в зависимости от нового "гештальта". Само же переструктурирование происходит благодаря внезапному схватыванию — "инсайту".

Несмотря на то что гештальтпсихологи в лице К. Дункера, Н. Майера ставили вопрос о продуктивности мышления, они не смогли раскрыть его специфики и анализировали его либо путем переноса принципов строения восприятия, либо выводили его из явлений сознания; для представителей гештальтпсихологии не существовало объекта вне сознания.

Надо сказать, что принципы гештальтпсихологии в области мышления не оказали значительного влияния на патопсихологические исследования. Лишь некоторые частные вопросы, скорее методического порядка, были использованы.

В советской психологии преодолены представления о мышлении как о врожденном, имманентно развивающемся процессе или как об акте "сцепленных" ассоциаций. Одно из основных положений советских психологов о мышлении (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) состоит в том, что мышление является процессом овладения системой общественно-исторически выработанных операций и знаний.

Мышление определяется в советской психологии как обобщенное и опосредованное отражение действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельности людей.

Характеризуя диалектический путь познания объективного мира, В. И. Ленин писал: "От живого созерцания к абстрактному мышлению *и от него к практике* — таков диалектический путь познания *истины*, познания объективной реальности" [5, 29, 152-153].

Рациональное познание не ограничивается отражением единичного, частного, а отражает наиболее существенные связи действительности. Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в том, что оно должно вновь вернуться к практике. Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку, который является, по словам К. Маркса, "непосредственной действительностью мысли" [1, 3, 448].

Эти положения марксистско-ленинской философии легли в основу взглядов советской психологии на природу психических процессов, в том числе и мышления. Мышление является особой формой человеческой деятельности, рождающейся в практике, когда перед человеком встает необходимость разрешить какую-нибудь задачу.

Для понимания природы мыслительной деятельности большое значение имеет исследование ее генезиса. Психические свойства формируются в процессе онтогенетического развития. Толкование психических процессов, в том числе и мышления, как внутренних духовных свойств, как замкнутых в себе духовных функций пытался своими исследованиями опровергнуть Л. С. Выготский [46]. Он неоднократно высказывал мысль, что психические процессы возникают в совместной деятельности людей и в их общении друг с другом, что действие, сначала разделенное между двумя людьми, становится способом собственного поведения человека.

Положение о том, что психическая деятельность формируется из внешней, наиболее последовательно развито А. Н. Леонтьевым и П. Я. Гальпериным. В работах П. Я. Гальперина [54] указывается, что всякий процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами. В дальнейшем операция утрачивает характер внешнего действия с предметами и производится во внешней речи, а потом "про себя", "в уме". Благодаря этому она абстрагируется от конкретных предметных условий и приобретает более обобщенный характер. Происходит, по выражению автора, специфическое сокращение процесса, его автоматизация и переход в динамический стереотип.

А. Н. Леонтьев [114] усматривает в этом моменте образование механизма соответствующей психической функции, указывая далее, что многие звенья процесса становятся излишними, не получают подкрепления, затормаживаются и выпадают. Вместе с этим сокращением процесса происходит закрепление соответствующих рефлекторных связей "редуцированной системы".

А. В. Запорожец проводит эту точку зрения на основании экспериментального изучения формирования произвольных движений у ребенка.

Следует отметить, что понимание психических процессов как развивающихся из внешней деятельности, имеет место также у ряда прогрессивных психологов за рубежом (Ж. Пиаже, А. Валлон).

Развиваемые в советской психологии положения о том, что теоретическая деятельность развивается из внешней, что психические свойства, как общие, так и специальные, являются продуктом онтогенетического развития, опираются на учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова о рефлекторной природе психики. В "Элементах мысли" И. М. Сеченов говорит о том, что мысль начинается с образования представлений о предмете и непосредственно переходит во "внечувственную область": "Переход мысли из опытной области во внечувственную совершается путем продолженного анализа, продолженного синтеза и продолженного обобщения. В этом смысле она составляет естественное продолжение предшествующей фазы развития, не отличающегося он неё по приемам, а следовательно, и процессами мышления" [171, 426].

Точка зрения советской психологии на мышление как на деятельность, выросшую из практической, возникшую в процессе жизни индивидуума, находит свое обоснование в учении

И. П. Павлова, согласно которому в основе мышления лежит условно-рефлекторная деятельность, формирующаяся в индивидуальном опыте.

Таким образом, выдвигая положение о рефлекторной природе мышления, советские психологи тем самым отрицают положения идеалистической эмпирической психологии, которая подходит к мышлению как к врожденной способности, как к функции, лишь количественно увеличивающейся в ходе созревания мозга.

Психологическое исследование мышления, его становление и развитие состоят, как отмечает С. Л. Рубинштейн, в раскрытии его закономерностей как аналитико- синтетической деятельности.

Открытие рефлекторной основы всех, даже элементарных, психических актов обнаружило их процессуальную структуру. Даже самые элементарные психические процессы человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи личностно мотивированным.

Суммируя все вышесказанное, следует подчеркнуть, что мышление является деятельностью, опирающейся на систему понятий, направленной на решение задач, подчиненной цели, учитывающей условия, в которых задача осуществляется.

Для успешного выполнения задачи необходимо постоянно удерживать эту цель, осуществлять программу операций, сличать ход выполнения с ожидаемым результатом. На основе этого сличения происходит коррекция неправильных ходов.

Эти положения советской психологии о структуре мышления являются основой анализа различных форм патологии мышления.

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у психически больных.

Нам представляется возможным выделить следующие три вида патологии мышления: 1) нарушение операционной стороны мышления, 2) нарушение динамики мышления, 3) нарушение личностного компонента мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

---

1. НАРУШЕНИЕ ОПЕРАЦИОНАЛЬНОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ

Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

Как правильно указывает в своей работе "О мышлении и путях его исследования" С. Л. Рубинштейн [159], обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Оно означает иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно представляет возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте системы связей не аннулируются, образование обобщения идет не только путем заново совершаемого обобщения единичных предметов, а путем обобщения прежних обобщений. На это указывал Л. С. Выготский. Обобщение дано в системе языка, который служит передаче общечеловеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам: а) снижение уровня обобщения, б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации* один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, "потому что они враждуют"; другой больной не объединяет лису и жука, потому что "лиса живет в лесу, а жук летает". Частные признаки "живет в лесу", "летает" больше определяют суждения больного, чем общий признак "животные".

---

* См. описание этой, как и в дальнейшем указанных методик, в книге: Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии [163].

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых. предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как "на стуле сидят, а на столе работают и кушают". Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: "Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?" В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш.

Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предметов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш;

третью-замок, ключ, шкаф; четвертую-галстук, перчатки, нитки и иголки и т.д. При этом испытуемый объясняет: "Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш..." Такого рода ошибочные решения мы обозначаем как конкретно-ситуационные сочетания.

Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико- синтетическую. Поэтому нарушения типа конкретно- ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении основных заданий (классификация предметов, объяснение пословиц и т.д.), в которых эта умственная операция четко выступает.

Среди всех обследуемых больных выделяется группа таких, которые выполняли эти задания в описанном выше конкретно-ситуационном плане.

Табл. 1 показывает выполнение больными задания на классификацию предметов по типу конкретно-ситуационных сочетаний.

В основном такие решения были у олигофренов (у 95% этих больных), а также у больных с рано начавшимися эпилептическими процессами (86%). Такой тип решений наблюдался и у значительной части больных, перенесших тяжелые формы энцефалита (70%).

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Эти больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко предопределены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больничной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудотерапии, помогают персоналу; однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными.

В некоторых случаях, при более выраженной степени заболевания больные затрудняются даже в объединении слов по конкретному признаку. Так, например, один из больных эпилепсией составляет следующую группу слов: петух, козел, собака, лошадь, кошка. Казалось бы, что им образована группа на основании обобщенного признака "животные", но больной тут же объясняет: "Вот у крестьянина собака, петух, козел — все это в хозяйстве; может быть, кошка ему не нужна, хотя нет, если есть собака может быть и кошка". Составленная им группа — это не группа "животные" вообще и даже не группа "домашние животные", а конкретные животные у конкретного хозяина, у которого может и не быть кошки. Иногда мы сталкивались с таким решением задачи, когда больные предлагали разделить предметы по признаку определенного вида производства: писчебумажного, хозяйственного, жестяно-скобяного и т.д.

Иногда предметы "сортируются" таким образом, что объединенными оказываются лишь ближайшие два предмета. Например, к столу присоединяется диван ("у стола надо сидеть"); к дивану прикладывается книга ("на диване хорошо читать"), тетрадь ("может, написать нужно что- нибудь"), карандаш ("пишут карандашом или ручкой, здесь ее нет"). Сама задача классификации больными не принимается.

Таблица 1

Выполнение задания на классификацию предметов по типу конкретно-ситуационных сочетаний

Диагноз	Общее кол-во больных	Кол-во больных, выполнивших задание по типу конкретно-ситуационных решений

Шизофрения	155	14 (9,0)*
Эпилепсия	50	43 (86,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	5 (4,0)
Травмы	170	7 (4,1)
Олигофрения	40	38 (95,0)
Энцефалиты	30	21 (70,0)
Прогрессивный паралич	30	11 (36,7)
Маниакально-депрессивный психоз	15	2 (13,3)
Маниакально-депрессивный психоз	30	–

* В скобках указано количество больных в %.

Из табл. 1 видно, что операция классификации, в основе которой лежит выделение ведущего свойства предмета, отвлечение от множества других конкретных свойств, особенностей предметов, вызывает затруднения, и больные прибегают к ситуационному обоснованию групп.

Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания по методу исключений. В табл. 2 приводится распределение решений по типу конкретно-ситуационных в этом эксперименте.

Таблица 2

Выполнение задания на исключение лишнего предмета по типу конкретно-ситуационных сочетаний

Диагноз	Кол-во больных	Общее кол-во предложенных заданий	Кол-во конкретно-ситуационных решений*
Шизофрения	155	1550	230 (14,8)**
Эпилепсия	45	450	355 (78,9)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	1250	350 (28,0)
Травмы	160	1600	316 (19,8)
Олигофрения	40	400	350 (87,5)
Энцефалит	20	200	84 (42.0)
Прогрессивный паралич	30	300	220 (73,3)
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	30 (30,0)
Психопатия	155	300	50 (16,7)

* В это число входит и отказ от выполнения задания.

** В скобках указано количество конкретно-ситуационных решений в %.

Так как один и тот же больной не всегда выполняет все 10 предложенных ему заданий по определенному типу, в таблице приведено общее число предложенных заданий и общее число конкретно-ситуационных решений для каждой группы больных. Наибольший процент таких решений обнаружился у олигофренов (87,5%) и у больных эпилепсией (78,9%), т.е. у тех больных, которые, и задание на классификацию предметов выполняли по типу конкретно-ситуационных сочетаний (соответственно 95 и 86% решений). Так, например, при предъявлении карточки, на которой изображены три пары часов и монет, один из больных этой группы не соглашается исключить деньги: "Нет, деньги не лишние. Во-первых, без денег не проживешь, потом ведь только на деньги можно купить часы". Когда же в процессе исследования экспериментатор объяснил, что монета здесь лишняя, больной серьезно протестовал и старался доказать общность часов и денег тем, что "и часы и деньги я могу в карман положить". Другой больной из этой группы при предъявлении предметов (термометр, часы, весы, очки) заявляет, что надо удалить термометр, так как он "нужен только больному человеку". Больная из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как, "если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки".

При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один — естественного (солнца), больные часто выделяют в качестве лишнего предмета керосиновую лампу, объясняя, что

сейчас она уже не нужна, "даже в самых глухих местностях проводится электричество". Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

В табл. 3 приведены некоторые типичные ответы больных, свидетельствующие о том, что больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания.

Таблица 3

Типичные ответы больных со снижением уровня обобщения в эксперименте по методу исключения

Предъявленные картинки	Больной	Ответы больного
1	2	3
Лампа керосиновая, свеча, лампочка электрическая, солнце	К. (олигофрения)	Надо удалить свечу. Она не нужна, если есть лампочка
"	Д. (эпилепсия)	Не надо свечки, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть можно, может загореться
"	С. (эпилепсия)	Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество. Может и свечу удалить?.. Нет, ее нужно оставить, вдруг испортится электричество. У нас так бывает часто, тогда про запас нужна свеча
"	К-н (эпилепсия)	Если днем, то нужно удалить солнце, и без него светло, ну, а если вечером (больной задумывается)... Вечером все равно нет солнца... Нет, неправильно, днем надо удалить свечу, оставить солнце, а вечером не надо солнца
Весы, часы, термометр, очки	К-н (эпилепсия)	Не нужен термометр. Здесь нет врача, здесь нет больницы
"	"	Не нужны весы. Они нужны в магазине, когда надо завешивать
"	С-в (олигофрения)	Удалить надо градусник, он только в больнице нужен
"	Р-в (эпилепсия)	Не знаю, все нужно. Часы для времени, градусник измерять, температуру. Очки можно, если человек видит хорошо, но если он близорукий, то они нужны ему. Весы не всегда нужны, но тоже полезны в хозяйстве

При более выраженной степени интеллектуального снижения больные не могут понять самого смысла предлагаемой задачи. Они не могут усвоить, что для исключения четвертого лишнего предмета необходимо объединение трех предметов по какому-то принципу, руководствуясь которым, надо противопоставить им четвертый. Сама умственная операция объединения и противопоставления оказывается им не под силу.

Нередко сразу же. после ознакомления с инструкцией больные протестуют: "Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны". Так, больная Д. (результаты исследования которой приведены ниже) при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги заявляет: "Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на лее можно и туфлю, и

ботинок, и сапог, и чулок надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога, то туфля... А, может у нее нога больная — то ботиночки... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу". Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три предмета представляют собой обувь, больная смеется: "Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь?"

Другой больной (олигофрен) тоже не соглашается с предложением экспериментатора исключить ногу: "Здесь ведь только одна туфля, один ботинок и один сапог, пары нет. Так как же их одеть? Их скорее можно отбросить, а ногу уж обязательно оставить надо. Можно и с одной ногой, с костылем ходить можно, хоть и неудобно". Больные подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не могут выполнить того теоретического действия, которого требует от них задача.

Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании.

Особенно четко выступает такое непонимание условности при толковании испытуемыми пословиц и метафор.

Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, суждение передаются через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при отнесении фраз к пословицам. Рассматривая проблему переноса, С. Л. Рубинштейн отмечает, что "в основе переноса лежит обобщение, а обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи" [159, 67].

Исследованию понимания переносных значений посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, работами Л. С. Выготского [50], Ж. Пиаже [234] показана взаимосвязь между пониманием переносных значений и уровнем образования понятий.

К. Шнейдер, Э. Гадлих, К. Гольдштейн установили, что больные с заболеваниями центральной нервной системы часто не могут понять переносного смысла пословиц и метафор. Экспериментальный материал, собранный этими учеными, представляет интерес, однако они рассматривали нарушение понимания переносного смысла как самостоятельный факт, придавали ему самодовлеющее значение, связывая это нарушение непосредственно с измененным значением слов. Между тем процесс непонимания переносного смысла пословиц неоднозначен. Больше того, редко наблюдаются факты полного непонимания переносного смысла. Как правило, оно бывает неполным, лишь частично измененным.

Затруднения в понимании переносного смысла предложений зависят не только от измененного значения слов, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления и т.д.). Не останавливаясь на всех этих факторах — о них будет идти речь в следующих главах, мы хотим здесь указать, что больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. "Куй железо, пока горячо" означает, по мнению одного из больных, что "железо нельзя ковать, когда оно холодное". Другой больной заявляет: "Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа". Еще один больной при предъявлении пословицы "Не в свои сани не садись" говорит: "Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани

лезть!" Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: "Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не в своих санях уехал?" Экспериментатор: "Ну, а если человек не за свое дело взялся, можно применить эту поговорку?" Больной: "Нет, нельзя, тут ведь сани, а там какое-то дело". Лишь с большим трудом удавалось в некоторых случаях объяснить больному переносный смысл; однако при предъявлении следующей поговорки такой больной опять пытался передать лишь ее конкретное содержание. Вследствие того, что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке.

В некоторых случаях отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что, хотя больные способны понять переносный смысл, пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей, все фактически возможные жизненные случаи. Так, один больной не соглашается с пословицей "Шила в мешке не утаишь", заявляя: "Это не всегда так. Бывает же, что жулики скрываются, их не поймаешь. Я знаю такой случай". Другой больной заявляет по поводу поговорки "Волков бояться — в лес не ходить": "Это неверная пословица. Иногда не нужно рисковать: эта пословица проповедует лихачество".

В данном случае больные в состоянии понять условный смысл пословицы, однако тот факт, что она не может быть применена ко всем жизненным случаям, мешает им признать ее правильность. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы может не совпадать с частными жизненными ситуациями. Следовательно, и в этих случаях выступает чрезмерная связанность суждений больных реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности содержания пословицы и метафоры.

Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредствованное запоминание (метод пиктограмм). Сложность этого задания состоит в том, что рисунок не может (и не должен) отразить того обилия ассоциаций, которые могут актуализироваться при восприятии слова; необходимо отобрать лишь какую-нибудь из них, которая способна "стать" на место слова, а это возможно лишь при достаточном уровне обобщения.

Г. В. Биренбаум [34] с помощью этой методики обнаружила у больных с грубыми органическими поражениями мозга преобладание конкретно-ситуационных связей; она указывает, что затруднение в правильном установлении условных связей было связано с нарушением образования понятий.

Проведенные нами исследования подтвердили эти данные. у описываемой группы больных этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова "развитие" больной К. говорит: "Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же Вы хотите?" Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов "тяжелая работа": "Что Вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а Вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, Вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?" Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания "больная женщина". Больной пытается нарисовать кровать, не сразу же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: "У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит". Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: "Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает. Может быть, она лечится физиотерапией, может быть у нее только зубы болят, а может быть, у нее роды... Хотя нет, роды не болезнь" и т.д.

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение "веселый праздник" больной говорит: "Что же нарисовать? Надо бы гармонь, пляску или можно еще накрытый стол, бутылочки бы

надо, ну и еду. Как это все. изобразить? Я же не художник, да и художнику долго надо рисовать".

Исследуя больных с грубыми поражениями мозга, Г. В. Биренбаум отмечала в проведенной выше работе, что затруднения при выполнении этого задания столь велики, что иногда больные не могут остановиться на каком- нибудь определенном рисунке, так как ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Аналогичные факты наблюдались и у наших больных. Так, один из них хочет для запоминания слов "голодный человек" нарисовать хлеб, но тут же отвергает этот рисунок как неправильный: "У голодного человека-то ведь как раз и нет хлеба". Тут же он решает изобразить фигуру худого человека, но и этот рисунок его не удовлетворяет, ибо "ведь человек может быть худой не из-за голода, а из-за болезни".

Не будучи в состоянии понять условность, содержащуюся в задании, больные часто пытаются уточнить буквальный смысл слова. Так, больной, данные которого мы только что приводили, с раздражением упрекает экспериментатора: "Вы же мне не сказали, какой это голодный человек и почему он голодный: потому ли, что жертва стихийного бедствия, или потому, что он безработный в капиталистической стране, или он просто не успел покушать". Вместо обобщенного понятия "голодный человек" выступают разные представления о голодном человеке в разных ситуациях.

Приведем типичные примеры выполнения пиктограмм больными эпилепсией.

Больной А. **Веселый праздник** . Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для другого веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть всенародные праздники, для всех, ну, например. Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Темная ночь . Как изобразить, чтобы видно было, что, во– первых, ночь и что темная, во-вторых. Можно луну нарисовать, но тогда ведь светло... Ну, конечно, когда не полнолуние, а только полумесяц, тогда не светло. Но все-таки это не покажет мне, что именно темная ночь. Нарисую я тучу (штрихует). Но ведь тучи бывают не только ночью, они собираются и днем, или перед грозой собираются черные тучи, становится темно. Вот Тургенев описывал хорошо грозу, кажется, в "Записках охотника", но ведь это не обозначает ночи. Лучше я изображу лампу, она зажигается ночью. Правда, часто ее зажигают и вечером, в сумерках... Многие зажигают в сумерки, хотя это вредно для глаз — я так не делаю, я и сумерничать люблю. Что же изобразить, чтобы запомнить "темная ночь"?... Я нарисую луну и лампу. Луна — для ночи, а лампа — для того, чтобы запомнить, что она темная. Но это не так, не нравится мне то, что я рисую. Ведь это все не то, как говорится...

Тяжелая работа . Ну, уж это совсем нельзя изобразить, ведь мало ли что может быть тяжелой работой? Для одного математика тяжела. Я ее никогда не любил, она мне никогда не давалась. А другому литература не дается... А вот бывает, что слабому человеку физическая работа тяжела. Мало что может быть тяжело... Изображу камни– камни ворочать тяжело. Хотя сейчас есть подъемные краны, ими можно подымать тяжести... Нет, камни не надо рисовать, лучше я молот изображу, как в кузнице, но сейчас их нет, молотобойцев, это тоже сейчас при помощи технических приспособлений делается. Не знаю, доктор, как... Ну, пусть будет и камень и молот.

Больной К-в. **Сомнение** . Как сделать, в чем можно сомневаться? Ведь можно в людях сомневаться, можно сомневаться в том, что не знаешь, какое решение принять. Слабовольные люди часто сомневаются. Можно сомневаться и в вещах. Вот купишь вещь, например материал на костюм или платье. Как знать, чистая ли шерсть или нет? Видите, как можно сомневаться по поводу скольких вещей, а вы хотите, чтобы я так сразу и изобразил. Для этого надо обладать талантом, надо уметь все это изобразить, а одним каким-нибудь рисунком невозможно это сделать, я так не согласен.

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса,

условности. Эти больные были объединены в группу больных, у которых нарушение мышления квалифицировалось как снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения обнаружилось не только при выполнении описанных экспериментальных проб, требовавших более или менее сложной аналитико- синтетической деятельности но и при актуализации ассоциаций.

Ассоциативный эксперимент, проведенный с больными этой группы (30 больных эпилепсией и 20 олигофренов), обнаруживает необобщенный характер их ассоциаций. В 33,3% случаев (всего было предъявлено 1050 слов) ответная реакция отсутствовала; само требование "отвечать любым словом" являлось для больных слишком условным заданием: "Стол есть стол, что же мне говорить?" 34,3% ответных реакций больных являлись обозначением функции или признака предмета ("карандаш — писать"; "ягода — красная"), 11,4% ответов были синонимами предъявленного слова и лишь 21% ответов носил адекватный характер.

Больной Д. (доктор Я. И. Чехович), 1921 г. рождения. В возрасте 11 месяцев перенес менингоэнцефалит. Развивался с задержкой. Учился во вспомогательной школе, специальности не получил. С 16 лет начал работать подсобным рабочим. Физический труд любит, исполнителен, старателен. Легко раздражается, вступает в конфликты. Отмечаются вспышки психомоторного возбуждения с импульсными поступками (рвет на себе белье, выбрасывает вещи из окна), в связи с чем был неоднократно стационирован в больницу.

Больной правильно ориентирован в месте и времени, суетлив, многоречив, стереотипно повторяет одни и те же фразы, вступает в конфликты с больными, плохо подчиняется режиму отделения, однако участвует в трудовых процессах.

Для иллюстрации всего вышесказанного о мышлении больных описываемой группы (снижение уровня обобщения) приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально–психологического исследования нескольких больных.

В опыте "классификация предметов" больной не сразу понимает инструкцию ("Они же все разные"), пытается сосчитать карточки. После дополнительного объяснения экспериментатора в одну группу кладет изображения телеги и лошади, в другую — врача и термометр, говоря: "Пускай он измерит температуру". В третью группу относит шкаф, кастрюлю, свеклу: "Это все можно варить в кастрюле и поставить в шкаф". Цветок он объединяет с жуком и птичкой, поясняя: "Надо жука посадить на цветок. Птицы кушают жуков, но этот слишком большой... Я видел, как птицы кормят своих птенцов". Платье он объединяет с уборщицей: "Она его будет носить". Лису, медведя и дерево объединяет в одну группу: "Эти живут в лесу". Экспериментатор пытается помочь больному установить более общие связи между предметами, но безуспешно. Так, предложение объединить в одну группу кошку и собаку больной отвергает: "Они не живут мирно". Точно так же больной не соглашается объединить в одну группу рыбу, лисицу, волка и козу: "Нет, так нехорошо. Рыба плавает, лиса и волк живут в лесу, а коза бегает по двору. Их нельзя объединить". Больной не в состоянии объединить карточки по обобщенному признаку, он руководствуется при выполнении задания сугубо конкретными частными признаками.

В опыте на раскладывание картинок в последовательном порядке больной описывает детали каждой отдельной картинки, не увязывая их в одно целое: "Здесь сломалась телега, а здесь (картинка № 4) чинят; здесь человек гуляет (показывает на картинку № 2, изображающую возчика, идущего в деревню за помощью). Здесь едет телега (картинка № 5)".

Экспериментатор. Где начало рассказа?
Больной. Вот начало (показывает на картинку № 1), сломалось колесо.
Экспериментатор. Где продолжение?
Больной. Вот чинят (№ 4).
Экспериментатор. А потом?
Больной. Вот идет с топором... Вероятно, лес рубит (№ 3).
Экспериментатор. Куда едет возчик?

Больной. Рубить деревья.
Экспериментатор. А может, в деревню за помощью?
Больной. Да, тогда это будет вторая картинка. Точно.

Больной кладет после первой картинки вторую, потом четвертую, затем обращается к третьей картинке, где изображен возчик, возвращающийся с помощником. Только после наводящих вопросов экспериментатора больному удается разложить картинки в правильном порядке.

Больной долго не понимает инструкцию в ассоциативном эксперименте: "Стол и есть стол, что же тут еще сказать?" После дальнейших разъяснений и приведенных примеров больной приступает к выполнению задания. Ответные реакции больного (табл. 4) представляют собой либо определения слова-раздражителя ("воздух" — "чистый"), либо его непосредственную функцию ("лампа" — "зажигают", "хлеб" — "едят"). Из 21 ответной реакции 3 являются определением, 7 — обозначением функций предметов; 10 ответных реакций обозначают повторение слова-раздражителя ("падение" — "падать", "брат" — "брат есть брат"). Следовательно, ассоциации больного носят необобщенный характер, их диапазон узок. Ограниченность диапазона ассоциаций особенно отчетливо выступает при повторном предъявлении тех же слов-раздражителей с инструкцией отвечать иным словом, чем при первом предъявлении. Как видно из табл. 4, наш больной реагирует либо теми же словами, что и при первом предъявлении, либо его ответы являются повторением слова раздражителя. Лишь в 5 случаях он реагировал другим словом (при этом одно из них является синонимом слова-раздражителя: "звонок" — "колокольчик").

Понимание метафор и пословиц у больного затруднено. При предложении объяснить метафору "Золотая голова" больной говорит: "Золотой головы не бывает, это только на памятнике может быть позолоченная голова". Пословицу "Куй железо, пока горячо" больной объясняет следующим образом: "Если железо холодное, оно не мягкое, его нельзя ковать: из него не сделаешь подковы для лошадей". На вопрос экспериментатора, можно ли такую поговорку применить к врачам, больной отвечает: "Нельзя. Врач лечит, а не кует, он не кузнец".

Таким образом, и данные этой экспериментальной пробы показывают, что больной не в состоянии отвлечься от конкретных, привычных связей и отношений между предметами.

Таблица 4

Данные ассоциативного эксперимента (больной Д.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (с)	ответная реакция	латентный период (с)	ответная реакция
1	2	3	4	5
Хлеб	1,5	едят	1,5	булка
Лампа	2,5	зажигают	2	зажечь
Пение	2	хорошее	2,5	хорошее
Колесо	2,5	вертится	2,5	вертится, оно круглое
Красота	3,5	красивая	2,5	хорошая
Война	2,5	война	2	война, война
Красный	1,5	цвет	2	темно-красный
Воздух	2,5	чистый	2,5	воздух, не знаю
Голубой	2,5	цвет	2,5	цвет
Звонок	3,5	звенит	4,5	колокольчик
Гора	1,5	высокая	2,5	высокая, нет, ну, колпак
Луна	2,5	месяц	2,5	месяц, ну, полумесяц
Брат	2	брат есть брат	3,5	брат, родной брат

Лечение	1,5	вылечить	2,5	лечить, да, лечение хорошее
Топор	2,5	топор, колун	3,5	топор, топорище
Падение	2,5	падать	5	не знаю
Голова	1,5	болит	3,5	голова
Бежать	2,5	быстро	3,5	бежать, ходить
Ягода	2,5	малина	3,5	клюква
Шуметь	2	громко	2,5	кричать
Глубина	2,5	глубоко	3,5	не знаю

* Инструкция: "Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше".

Для иллюстрации приведем еще одну выписку из истории болезни и данные психологического исследования.

Больная С. (доктор А. С. Ремезова), 1905 г. рождения. Диагноз: эпилепсия. В трехлетнем возрасте перенесла ушиб головы. В школе училась с трудом и мало. В 15– летнем возрасте появились судорожные припадки с потерей сознания, которые постепенно учащались, резко стала слабеть память, сообразительность. С 1941 г. в связи с ухудшением состояния периодически стационировалась в психиатрическую больницу, получала лечение люминалом, последний раз в 1952 г. В отделении больная вяла, молчалива. В движениях и ответах медлительна. Запас слов беден, круг интересов снижен. С персоналом угодлива, иногда раздражительна, злобна. Наблюдались частые эпилептические припадки (приблизительно 1 раз в неделю) с судорогами и потерей сознания, которые заканчивались сном.

Патофизиологическое исследование (проведенное С. М. Павленко) обнаружило непрочность дифференцировочной реакции, явления последовательного торможения, слабости раздражительного процесса и ослабление внутреннего торможения.

При предъявлении задания на классификацию предметов больная долгое время не может осмыслить инструкцию, подолгу рассматривает карточки. Берет в руки изображение гуся и говорит: "Здесь такого больше нет, это гусак, больше гусаков нет" (откладывает карточку в сторону). Берет карточку с изображением моркови: "Это морковка... Ишь ты, какая красивая коротель, больше таких нет". Экспериментатор предлагает положить морковь в одну группу со свеклой, больная протестует: "То морковка, а это свекла-бурак; они разные". Подумав, продолжает: "Можно из них борщ варить, капусту туда". Ищет карточку с капустой: "Ее нет". Экспериментатор повторяет инструкцию еще раз, предлагая объединить подходящие предметы в одну группу. Больная кладет корову с козой, говоря: "Они вместе пасутся". Экспериментатор предлагает положить туда же медведя, больная испуганно возражает: "Что Вы, он съест ее". Предложение экспериментатора объединить в одну группу кузнеца и уборщицу больная принимает: "Пусть их, это муж и жена, а где детки?" Ищет среди карточек, находит лыжника: "Это их сынок".

Задание на установление последовательности событий выполнялось следующим образом. Больная держит в руках картинку № 3, говорит: "Идут, а этот (показывает на картинку № 5) едет в лес. Знать, хотели ехать за дровами, поехали, а этот остается, этот домой хочет ехать". Берет в руки картинку № 4: "Здесь сломалось колесо". Разглядывает картинку № 1: "Много мешков наложили". Экспериментатор повторяет инструкцию. Больная обращается к картинке № 4 и говорит: "Дяденька поехал куда-то". Раскладывает картинки в следующем порядке: №5,3,4,2, 1; объясняет: "Дяденька поехал куда– то, на дороге увидел вроде что-то... Колесо свалилось... Потом побежал... Молоток, знать, понадобился... А этот (картинка № 1) стережет, чтобы не стащили. Синий побежал, а этот, в красной рубашке, остался. И куда он бежит?.. А колесо-то так и валяется... Муки-то много погрузили, вот и сломалась телега... Не посмотрели, не по-хозяйски".

Данные ассоциативного эксперимента (табл. 5) выявляют ограниченный, элементарный характер ассоциаций у больной.

Таблица 5

Данные ассоциативного эксперимента (больная С.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (с)	ответная реакция	латентный период (с)	ответная реакция
Хлеб	2	хлебушек	2	бумага

Лампа	2,5	свет	2,5	светить
Пение	2,5	хорошее	3,5	петь
Колесо	1,5	круглое колесико	3	колесо... не знаю
Красота	3,5	не знаю	3	не знаю
Война	3,5	воюют	5	молчит
Красный	3	цвет	2	цвет голубой
Воздух	5,5	в комнате	5	воздух есть такой
Голубой	1,5	синий	2,5	голубой
Звонок	8	звенит	3	веселый
Гора	3,5	гора высокая	4	высокая
Луна	3,5	круглая	3,5	луна, солнце
Смех	8	хохочут	3,5	хохочут
Брат	2	родной	2,5	сестра
Лечение	3,5	лечат больных	5	не знаю
Топор	5	дрова колют	4	острый топор
Голова	3	болит головушка	4,5	голова
Бежать	3,5	бежать	3	стоит

* Инструкция: "Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше".

В основном ее ответные реакции представляют собой либо весьма элементарное определение слова-раздражителя ("пение" — "хорошее"; "колесо" — "круглое"), либо эхолалии ("бежать" — "бежать"; "шуметь" — "шум"). При повторном предъявлении слов- раздражителей больная отказывается от ответа, часто же ограничивается повторением слова-раздражителя либо реагирует предыдущим ответом.

Больной К. (доктор Я. И. Чехович), 1917 г. рождения. Диагноз: параинфекционный энцефалит. Галлюцинаторно–параноидный синдром.

Больной родился недоношенным. В раннем детстве часто болел (перенес воспаление легких, дважды — дифтерит). Ходить и говорить начал с опозданием. Уже с раннего детства стало заметным умственное отставание. Учился во вспомогательной школе. С детства подвергался насмешкам со стороны детей, не мог себя защитить. Всегда медленно двигался, медленно думал. В дальнейшем все попытки устроишь больного на работу были неудачными из-за крайне медленных темпов работы, хотя больной делал все очень тщательно. С 1944 г. работал в переплетной мастерской дневного стационара психоневрологического диспансера. В конце апреля 1950 г. после гриппа начал высказывать бредовые идеи преследования, слышал голоса "которые грозили его убить, куда-то вызывали". Испытывал сильный страх, особенно ночью, появлялось возбуждение.

Неврологический статус. Симптом Гордона (слева). Экзофтальмус. Реакция на свет вялая. При конвергенции отклоняется кнаружи левый глаз. Асимметрия носогубных складок. Справа симптом Маринеско. Гипотония в конечностях. Коленные и ахилловы рефлексы справа живее. Пошатывание в позе Ромберга. Гипомимия. Тремор век, языка, пальцев рук. Саливация.

Психическое состояние. Медлителен, назойлив. Обращается со стереотипными просьбами... О своих переживаниях рассказывает охотно. Убежден в том, что его преследует определенная группа лиц, с которыми он живет в одном доме. В больнице голосов не слышит, но думает, что некоторые больные "связаны с его врагами или друзьями". Запас знаний, приобретенный в школе для умственно отсталых, сохранен. Интересы крайне узкие.

В опыте на классификацию предметов больной спрашивает: "Сосчитать надо, да?" Экспериментатор: "Нет, считать не надо, надо разложить подходящие к подходящим". Больной смотрит, не понимая. Тогда экспериментатор берет карточки с изображением слона и лопаты и говорит: "Вот ведь, например, слона и лопату не положишь в одну группу". Больной улыбается, радостно кивает головой. "Понимаю, надо животное к животному. Начинает раскладывать. Образует следующие группы: 1-поросенок, лошадь ("это животные"); 2-кузнец, уборщица ("люди"); 5 — фиалка, куст ("цветы"); 6 — кошка и собака (молчит); 7– шкаф, этажерка ("это в комнате"). Не разложенными в группы остаются картинки: телега, самолет, жук, лопата, гусь. Далее опыт протекает следующим образом.

Экспериментатор (указывает на вторую группу). Как Вы назовете эту группу?

Больной. Это животные.

Экспериментатор. Что можно туда положить?

Больной. Не знаю.

Экспериментатор. Положим туда гуся.

Больной. Нет, нельзя, он плавает.

Экспериментатор. Положим туда жука.

Больной. Нет, нельзя, это насекомое.

Экспериментатор. Тогда положим гуся и воробья вместе.

Больной. Нет, нельзя — гусь плавает, а птичка летает.

Экспериментатор. Но ведь гусь — птица?

Больной. Да.

Экспериментатор. Ну, тогда положим их вместе.

Больной. Нет, гусь плавает, а птичка летает, и она живет в лесу.

Экспериментатор. Ну, а медведя и лису можно положить вместе с кошкой и собакой?

Больной. Нет, нельзя. Кошка и собака живут дома, а медведь и лиса живут в лесу или в зоопарке, я их там видел.

Экспериментатор. Но ведь лиса и медведь тоже животные?

Больной. Да.

Экспериментатор. Это все будет группа животных. Давай положим их вместе.

Больной. Нет, они разные... Ну, давайте (неуверенно, тут же спохватывается). Это будет неправильно.

Экспериментатор. Ну, а стол можно положить к этажерке и шкафу?

Больной. Это можно.

Экспериментатор. Можно к телеге положить машину?

Больной. Нет, нельзя, они разные.

Экспериментатор. Ведь на телеге едут и на машине едут?

Больной. Если привязать телегу веревкой к машине, она будет ее тянуть, я видел так.

Остановимся на результатах выполнения задания "установление последовательности событий".

Больной начинает объяснять картинку № 3 (возчик с мастером идут за инструментом): "Вот они идут с топором. Вероятно, будут дрова рубить". Берет в руки картинку № 2: "А здесь он идет погулять. Видите, вот он пошел". На остальные картинки не обращает внимания. Экспериментатор повторно объясняет, что картинки надо разложить в последовательном порядке. Больной берет в руки четвертую картинку, заявляя: "Здесь сломалось колесо. Они подняли его, чинят его... А здесь (указывает на картинку № 3) они идут за дровами". Экспериментатор помогает больному, указывая, что и на картинке № 2 изображено сломанное колесо. Больной соглашается ("Да, сломанное"), но не делает никакого вывода и продолжает рассматривать картинку. Переходит к картинке № 4: "Здесь он едет куда-то, а здесь стоит

мужчина". Потом, рассматривая, возвращается к картинке № 3 и заявляет: "Здесь чинят колесо". Смотрит на картинку № 1: "Починили, опять отвалилось". В результате получается такая последовательность картинок:

№ 5. "Разрубленная доска. Человек на телеге везет корзиночку".
№ 1. "Сломалась телега, откатилось колесо".
№ 4. "Здесь уже ремонт".
№ 2. "Опять откатилось".
№ 3. "Идут работники с топорами, наверное, дрова колоть".

Приведенные экспериментальные данные показывают, что больные не в состоянии выделить существенные признаки предметов, не могут раскрыть основные связи между ними. Когда больной Д. видит карточки, изображающие платье и уборщицу, у него возникает ассоциация: "Женщина носит платье". Ассоциации же "женщина — живое существо" или "платье — одежда", т.е. связи логические, не возникают.

Эта невозможность отвлечения от всей совокупности конкретных свойств и деталей предметов приводит к тому, что больные не могут правильно решить простейшую задачу, если она требует сопоставления этих свойств, оттормаживания одних, выделения других. Выполняя задание "установление последовательности событий" (поломка и починка колеса), больные руководствовались отдельными частными деталями картины, не увязывая их. Так, больной Д. начинает сначала рассуждать по поводу упавшего колеса, но, увидев на следующей картине мастера с топором, высказывает предположение о том, куда мастер направляется с топором: "Вероятно, в лес дрова рубить". Точно так же больная С. при предъявлении серии картинок, на которых изображено, как на мальчика, идущего через лес, нападают волки и как он влезает на дерево, заявляет: "Яблоки рвет, вот залез на дерево". Когда экспериментатор обращает внимание больной на снег и подсказывает, что зимой яблоки не растут, больная заявляет: "Да, действительно, как же я так?.. Зачем он залез на дерево?", но не исправляет ошибку. Любой раздражитель вызывает привычные частные ассоциации: мальчик влез на дерево, следовательно, рвет яблоки; в руках у человека топор — идет в лес дрова рубить. Отдельные детали не увязываются, не. синтезируются, ситуация в целом не осмысливается. Возникающие у больных ассоциации обусловлены лишь отдельными, изолированными элементами предъявленной картинки. Смысловые взаимосвязи между элементами воспринимаемой больным ситуации не играют никакой роли в возникновении и течении ассоциаций. Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Поэтому познание больных неполное, несовершенное, скудное. Из-за этого чрезвычайно суженного круга ассоциаций, малого круга знаний и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при некоторых жестко предопределенных условиях. Так, например, один из подобных больных Т. (олигофрен) работал курьером, аккуратно выполнял возложенные на него обязанности. Когда однажды ему было поручено обойти всех сотрудников с листом, на котором они Должны были расписаться, он ворвался на закрытое заседание, объясняя, что товарищ, докладывавший в это время, должен –расписаться. Уговоры, что это может быть сделано позже, не помогли, заседание было прервано, ибо Т. не уходил, плакал, твердил: "Мне поручено, чтобы все расписались". Изменившиеся условия ситуации не вызвали у больного изменения способа его Действий.

Образец такого поведения приводится А. А. Токарским в его статье "О глупости" [187]. Речь идет о глупце из народной сказки, которого побили за то, что он смеялся во время пожара, внушив ему при этом, что огонь надо заливать водой. Когда глупец увидел на следующий день, как люди опаливали на костре свинью, он схватил ведро с водой, вылил на костер, и снова был побит. Глупец, следовательно, усвоил лишь частный наказ, что огонь надо заливать водой, но не понял того, что горение огня означает здесь нечто другое. А. А. Токарский правильно замечает при этом, что глупец усвоил наставление, запомнил его; но не усмотрел при этом существенно изменившихся условий. Основная характеристика глупости, по мысли А. А. Токарского, заключается "в несоответствии действия с требованиями действительности", а

это несоответствие происходит потому, что глупец не в состоянии охватить своим восприятием все то, что происходит вокруг него. "Глупец, — замечает А. А. Токарский, — видит и слышит не то, что существует в действительности, а лишь малую часть его". Неумение различать два сходных случая и означает узость, не обобщенность образовавшихся связей; это неумение исключает возможность ориентации в новых жизненных условиях. Чтобы применить тот или иной способ решения к данному конкретному случаю, необходимо проанализировать (по Токарскому, "увидеть") все признаки и обобщить их. Этого не сделал глупец из сказки, как это не делают и наши больные, применяющие неадекватный способ решения.

Интересно отметить, что уже Э. Сеген указал на то, что интеллект умственно отсталого ребенка (в терминологии Э. Сегена — идиота) "возбуждается только какой- либо одною особенностью явления, имеющего целую массу особенностей". Более того, вступая во взаимодействие с такими конкретными явлениями, умственно отсталый, по мнению Э. Сегена, "не только ограничивает число их возможного минимума, но даже в сфере этого ограниченного круга он не имеет полного постоянного представления".

В работах, посвященных психологии умственно отсталого ребенка, приводятся экспериментальные данные, указывающие, что умственно отсталый ребенок не в состоянии найти общее в многообразии единичных явлений. Уже в 30-х гг. Л. С. Выготский и Ж. И. Шиф обнаружили, что умственно отсталый ребенок, усваивающий наглядные системы связей, не в состоянии систематизировать свой опыт на основе обобщения и отвлечения. Структура связей, кроющихся за словами, оказывается у умственно отсталого ребенка измененной. И. М. Соловьев- Элпидинский [176] отмечает, что вместо обобщения у умственно отсталых детей происходит приравнивание старого знания и элементов нового задания. Л. В.Занков указывает, что для подобного рода детей трудность заключается в переходе к мыслительным задачам, решение которых требует изменения способа деятельности по сравнению с тем, который был использован ранее. Исследования, проведенные над умственно отсталыми детьми в Институте дефектологии АПН РСФСР А. Р. Лурия и его сотрудниками (Е. Д. Хомская, О. К. Тихомяров. В. И. Лубовский, А. И. Мещеряков), выявили нарушение корковой нейродинамики.

Использовав двигательную речевую методику, А. И. Мещеряков нашел; что у умственно отсталого ребенка выработанные связки, не будучи достаточно опосредованы речью, оказываются ломкими и неустойчивыми. О. К. Тихомиров обнаружил, что у умственно отсталых детей связи словесной системы недостаточно регулируют их поведение. Если связи словесные "сталкиваются" с непосредственным, то последние оказываются доминирующими, а словесные связи, сохраняясь в речевой системе, перестают регулировать реакции ребенка. Е. М. Марциновская обнаружила у олигофренов отсутствие словесного анализа и обобщения непосредственных систем связей. Эти данные находятся в соответствии с исследованиями Н. И. Красногорского, выявившими у олигофренов слабость раздражительного процесса и нарушения процесса дифференцировки.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, ибо полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей. Указывая, что человеческое познание представляет собой переход от чувственного созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике, В. И. Ленин подчеркивал, что акт обобщения представляет собой отход от конкретности. "Подход ума (человека) к отдельной вещи, снятие слепка (= понятия) с нее *н е   е с т ь* простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт, а сложный, раздвоенный, зигзагообразный, *включающий в себя* возможность отлета фантазии от жизни..." [5, 29, 330].

У наших больных этот "отлет" от единичных связей крайне затруднен. Слово не выступает у них в качестве носителя обобщения. Оно остается, по определению И. М. Сеченова, "кличкой".

Останавливаясь в своей работе "Элементы мысли" на процессе образования понятия у ребенка, И. М. Сеченов указывает, что не всякое знание слова и пользование им означают овладение его значением, что, хотя маленький ребенок может правильно употреблять такие слова, как "растение", "животное", слово является для него лишь "кличкой" для сходных предметов.

Лишь пользование общими понятиями приносит правильное понимание, лишь оно дает возможность адекватно действовать, лишь оно приносит человеку, по выражению И. П. Павлова, "чрезвычайную выгоду". "Клички" же не являются полноценным инструментом мышления.

Искажение процесса обобщения

Нарушение процесса мышления, обозначенное нами как искажение процесса обобщения, является как бы антиподом только что описанного.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, "отлет" от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу "твердости"; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по "принципу связи органического с неорганическим".

Подобные выполнения задания мы обозначаем как бессодержательные или выхолощенные. Табл. 6 показывает, что чаще всего они встречаются у больных шизофренией (у 67,1% обследованных больных), главным образом при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, и у психопатов (33,3%).

Таблица 6

Ошибки типа формальных, бессодержательных сочетаний при выполнении задания "классификация предметов"

Диагноз	Кол-во обследованных больных	Кол-во больных, выполнивших задание ошибочно
Шизофрения	155	107 (67,1)*
Эпилепсия	50	2 (4,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	–
Травмы	170	4 (2,4)
Олигофрения	40	–
Энцефалиты	30	6 (20,0)
Прогрессивный паралич	30	–
Маниакально-депрессивный психоз	15	15
Психопатия	30	10 (33,3)

* В скобках указано количество ошибочных решений в %.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с "теоретических позиций". В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его "ограниченной частью пространства", рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека,

замечает: "Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает".

Таблица 7

Примеры выполнения задания "классификация предметов" по типу формальных, бессодержательных связей

Предметы, объединенные в одну группу	Больные	Объяснение
Шкаф, Кастрюля	М. (шизофрения, параноидная форма)	"У обоих предметов есть отверстие"
Автомобиль, ложка, телега	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	"Ложку тоже двигают ко рту"
Жук, лопата	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	"Лопатой роют землю, жук тоже роется в земле"
Цветок, ложка, лопата	Д-н (шизофрения)	"Это все предметы, вытянутые в длину"
Гусь, поросенок	К-в (психопатия)	"Гусь свинье не товарищ"
Лопата, лошадь	Э-н (шизофрения, параноидная форма)	"Начинается на букву л"
Часы; велосипед	М. (шизофрения)	"Часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство"

В табл. 7 приведены наиболее показательные примеры того, как подобные больные, выполняют задание на классификацию предметов. Они проводят ее либо на основании столь общих признаков (твердость, движение), что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

Особенно отчетливо бессодержательный, выхолощенный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Так, один из больных рисует для запоминания слов "теплый ветер" два треугольника, для запоминания выражения "веселый ужин" — два кружка. Другой больной этой группы для запоминания слова "сомнение" изображает сома, для слова "разлука" — лук.

Для больных со снижением уровня обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большей легкостью, так как могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что она не отражает реального содержания слова; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

Таблица 8

Примеры выполнения пиктограмм по типу формальных, бессодержательных связей

Слова, предложенные для запоминания	Больные	Рисунки и объяснения
Развитие	М-в (шизофрения)	Две стрелки
Развитие	Од-в (шизофрения)	Веревка. "Она может развиваться"
Разлука	М-в (шизофрения)	Лук

Сомнение	Э-н (шизофрения)	Рыба "Сом"
Сомнение	Сим-в (шизофрения)	Ком глины. "У Глинки есть романс "Сомнение", пусть будет глина"
Девочке холодно	Р-в (шизофрения)	Два квадрата. "Два слова сказали"
Девочке холодно	К-в (шизофрения)	Точки и треугольник. "Означает снег.., пусть треугольник будет девочка"
Печаль	К-в (шизофрения)	Печать. "Начинается на печ"
Печаль	Л-ва (шизофрения)	Печка. "Начинается на п"

В табл. 8 приведены наиболее типичные образцы выполнения этого задания по типу бессодержательных, формальных связей.

Табл. 9 показывает, что подобные выхолощенные связи возникают у больных шизофренией при выполнении пиктограмм (64%).

Таблица 9

Выполнение задания "составление пиктограмм" по типу формальных, бессодержательных связей

Диагноз	Кол-во больных	Общее кол-во выполненных рисунков	Кол-во бессодержательных рисунков
Шизофрения	150	1500	960 (64)0)*
Эпилепсия	35	350	30 (8,6)
Сосудистые заболевания головного мозга	105	1050	95 (9,0)
Травмы	140	1400	80 (5,7)
Олигофрения	10	100	—
Прогрессивный паралич	15	150	—
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	—
Психопатия	30	300	99 (33,0)
Всего	495	300	1264 (25,4)

* В скобках указано количество бессодержательных рисунков в %.

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Так, эксперимент, проведенный с 50 больными шизофренией, показал, что адекватные ответы наблюдались в 30,4% случаев (всего было предъявлено 1050 слов). Почти половину ответов (45,8%) составляли ответы типа эхолалий ("колесо" — "колесница"), ответы по созвучию ("лечение" — "течение"; "топор" — "бор"), ответы типа речевых штампов ("пожар" — "шумел пожар московский"; "цель" — "цель оправдывает средства"). Попадались и ответы типа экстрасигнальных ("луна" — "яд"). Ответные реакции, обозначающие конкретную функцию предмета или его конкретные свойства, имели место лишь в 11,4% случаев. Что же касается отказов от ответа (12,4%), то они были вызваны не затруднениями, как это имело место у больных первой подгруппы (снижение уровня обобщения), а большей частью негативистическим отношением к заданию.

Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и которое носит в клинике название "резонерство".

Эта особенность мышления подобных больных часто обнаруживается уже при самом простом умственном действии — описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений. Так, картинку, где изображена женщина, колющая дрова, один из таких больных описывает следующим образом: "Маленькая теорийка о назначении жизненных условий". Другой больной про эту же картинку говорит: "Здесь снято все для человека — это называется его жизненный путь"; третий больной объясняет: "Это женщина и ее судьба".

Симптом выхолощенного резонерства особенно отчетливо выступает при выполнении заданий, требующих словесных формулировок, например при определении и сравнении понятий (табл. 10, 11).

Таблица 10

Примеры определения понятий больными с искажением процесса обобщения

Слова, предложенные для определения	Больные	Определения
Часы	О-в (шизофрения)	"Механический предмет, вид предметности или объект логики"
Часы	А-в (шизофрения)	"Импульс или пульс жизнедеятельности всего человечества"
Часы	З-на (шизофрения)	"Это измерительный по отношению к определенному свойству материи, как это в философии называется? Атрибут, что ли?"
Шкаф	М-в (шизофрения)	"Это вещь, относящаяся к неживой природе, она имеет прикладное значение для сохранения других материальных частиц"
Шкаф	А-в (шизофрения)	"Элемент жизненных условий"
Шкаф	Д-на (шизофрения)	"Предмет для обихода, это скопление атомов"
Лошадь	А-в (шизофрения)	"Существо, приближенное к взаимосвязи с людьми"
Лошадь	К-и (психопатия)	"Это одушевленный предмет, он и сейчас необходим, хотя технический прогресс его изживает"
Лошадь	К-н (шизофрения)	"Это одушевленный предмет, нет, лучше сказать, явление, помогающее человеку"

Таблица 11

Примеры сравнения понятий больными с искажением. процесса обобщения

Слова, предложенные для сравнения	Больные	Высказывания больных
Дождь и снег	А-в (шизофрения)	"Предметы влажности отличаются перемещением некоторых веществ в отношении окружности земли"
Обман и ошибка	А-в (шизофрения)	"Соотношение пожизненности всего человечества, отброс частиц неживых веществ, а ошибки – нецелесообразность развития по отношению к жизни на земле"
Обман и ошибка	К-н (шизофрения)	"Обман – это безнравственное поведение, уродливость касательно производства, а ошибка – это тоже уродливость, но позволительная. Ее нужно исправить, и тогда это не безнравственное отношение к жизни"
Сани и телега	А-в (шизофрения)	"Видоизменение видимости"
Сани и телега	П-в (шизофрения)	"Эти оба слова с точки зрения грамматики являются существительными, но сани в единственном числе не бывают, не говорят "сань", а телега бывает и в единственном числе"

Еще резче этот симптом проявляется в опыте на объяснение пословиц. Больной Э. (более подробные данные о нем приведены ниже) подобным образом определяет смысл пословицы "Не все то золото, что блестит": "Все же надо сказать, что блестит. Эта пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживет себя. Здесь происходит обесценивание золота как металла, это с точки зрения философской. Сущность не в золоте. Возможно, что другой металл, не столь презренный, как золото, блестит и приносит больше пользы человеку. Луч света, падая на стекло, блестит, это тоже может принести пользу... Ну, там всякие радиолучи... Ну, а в общем; не надо смотреть на человека и на его дела с чисто внешней стороны".

Несмотря на то что больному доступна операция переноса, его высказывания лишь частично касаются определения метафорического смысла. В основном же больной резонерствует по поводу обсуждаемого предмета, в данном случае по поводу "ценности" золота, по поводу социально-этической проблемы, связанной с золотом ("золото– презренный металл" и т.д.).

Подобные резонерские высказывания обусловлены, очевидно, разными причинами. С одной стороны, слово выступает для больного в различных значениях; отбора смысла, адекватного для данной конкретной ситуации, не происходит. С другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (в данном случае — отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих "принципов".

Описывая подобные нарушения мышления у больных шизофренией, Ф. В. Бассин употребляет для их обозначения образное выражение "смысловой опухоли".

И. П. Павлов неоднократно отмечал, что пользование речью — это преимущество человека, но что оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, ухода в бесплодную фантазию, если за словом не стоят "ближайшие" проводники действительности. Логика течения мыслей должна контролироваться практикой, по образному выражению И. П. Павлова, "госпожой действительностью". Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, Их суждения превращаются, по выражению И. П. Павлова, в "умственную жвачку".

Возможно, этим объясняется и тот парадоксальный факт, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его; произносимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не оттормаживаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо рассуждают по поводу него.

Этот факт проявляется в эксперименте на отнесение фраз к пословицам и метафорам; больные часто выбирают адекватную фразу, но при этом совершенно бессмысленно объясняют свой выбор и после объяснения аннулируют свое правильное выполнение.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание; не служат контролем и проверкой их суждений и действий и заменяются чисто словесными, формальными связями.

Для иллюстрации высказанных нами положений приведем несколько выписок из историй болезни и протокольные данные больных анализируемой подгруппы.

Больной П. (доктор Гоголева), 1927 г. рождения. Диагноз: шизофрения. До 1951 г. был практически здоров. Рос и развивался нормально. В школе и институте учился хорошо. В 1950 г. окончил ГИТИС. Вскоре дома начал рассказывать, что на работе "его травят", за ним следят какие-то люди. Стал агрессивен. Стационирован в больницу им П. Б. Ганнушкина.

Психический статус. При поступлении ориентирован. Вял. Временами сам с собой разговаривает, нелепо жестикулирует, смеется. Иногда дурашлив, манерен, гримасничает. Временами возбужден, агрессивен, требует,

чтобы его "отключили" от радиосети; говорит, что "голова его превращена в грандиозную приемно– передаточную станцию", что "окружающие знают его мысли". Видит какие-то "неясные сновидения" наяву. О своих переживаниях говорит крайне неохотно. Груб, злобен, напряжен. К своему состоянию относится без критики.

В опыте на классификацию предметов больной объединяет карточки следующим образом:

1. *Лыжник и свинья*; объясняет: "Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени".
2. *Карандаш и козел* — "Обе картинки нарисованы карандашом".
3. *Самолет и дерево* — "Это небо и земля".
4. *Кошка, стол и слива* — "Кошка на столе и слива тоже на столе".
5. *Тетрадь, диван, книга* — "На диване можно заниматься".
6. *Часы, велосипед* — "Часы измеряют время; когда едут на велосипеде — тоже измеряется пространство".
7. *Вилка, лопата, стол* — "Это все твердые предметы, их нелегко сломать".
8. *Кастрюля, шкаф* — "Здесь есть отверстия".

На вопрос экспериментатора: "А может, можно по-другому разложить?" больной отвечает утвердительно, разрушает прежние группы, складывает в одну группу куст, кастрюлю, козла, объясняя: "Все начинается на букву к".

Не менее своеобразен и способ выполнения больным задания на исключение лишнего предмета. Так, рассматривая карточку, на которой нарисованы три вида часов и монета, больной заявляет: "Здесь ничего неподходящего нет, это нужно уточнить. Если взять первую карточку, то у всех мера делимости — у них "неподходящести" нет совсем. Каждый предмет служит для выполнения определенных функций. Если возьмем монету, то она служит мерой делимости, это принятое в человеческом сознании единое соизмерение чего-либо. Монета определяет ценность человеческого труда, часы определяют долготу". При необходимости выделить неподходящий предмет в группе "часы, весы, очки, термометр" больной заявляет: "Ведь с точки зрения философской все преходяще. Часы указывают на ускорение времени, на то, что все течет, все в движении, — их надо выделить".

При выполнении задания на определение понятия больной определяет слово "стол" следующим образом: "Стол — название непосредственно общежитейское. Предметы по отношению друг к другу будут считаться как бы мертвыми. По сравнению с природой можно сказать, что его делают из дерева, а дерево растет, оно существует в природе. Здесь оно погублено и несуществующее, стоящее неопределенным предметом, оно имеет в виду и качество и количество". Этим определением больной ограничивается, и, помимо того что "стол — мертвый предмет" и рассуждений о "загубленном дереве", он ничего не говорит по существу о предмете, который определяет.

Ассоциативный эксперимент выявляет большое количество ответов-штампов ("пожар" — "шумел пожар московский"; "обман — презрение").

Больной Э. (доктор Г. Я. Авруцкий), 1928 г. рождения. Больной развивался здоровым ребенком. Отличался замкнутостью, не участвовал в детских играх, был всегда капризным. В школу пошел с 8 лет, учился отлично. С 12– 13-летнего возраста стал еще более замкнутым, не выносил общества людей. В годы войны жил в эвакуации в тяжелых бытовых условиях. По возвращении в Москву в 1945 г. обратил на себя внимание родственников: был очень замкнут, молчалив, пуглив, раздражителен. Поступил в железнодорожный техникум, но учиться не смог, несмотря на большие старания.

Неврологическое состояние: без отклонения от нормы.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Несколько развязен, самоуверен. Движения резкие, угловатые, порывистые. Во время беседы в лицо собеседника не смотрит. Легко вступает в конфликт, на все вопросы отвечает свободно, без задержки. Речь быстрая по темпу, правильно построена, богата оттенками, плавными переходами, хорошо модулирована. Мимика адекватна. Пребыванием в больнице не тяготится, о родных не вспоминает, говорит, что не чувствует к ним привязанности. В отделении ничем не занят.

В опыте на классификацию предметов больной начинает правильно сортировать предметы на основании адекватного признака (люди, животные, растения), но вдруг останавливается и заявляет: "Но это я без аспекта, это обывательское деление, слепое, а ведь это же разные существа, со специфическими чертами. Надо под углом зрения актера смотреть, по принципу киносъемки надо, чтобы они смотрели друг на друга... Медведь может увидеть букашку, слон — лошадь, но рыбы он не увидит, но зато рыба, выплывая, может его увидеть. Хотя, кажется, глаза у рыбы иначе устроены... Как это называется в зоологии?" Больной рассуждает по поводу предметов с точки зрения "фотосъемки".

Экспериментатор просит найти другой принцип деления. Больной говорит: "Можно и так сделать — подойти с точки зрения философской, с точки зрения превращения неживой материи в живую. Вещи — продукт человеческого труда. Люди, животные, растения — продукт природы... Или еще правильнее все в одну группу поместить — все это природа".

В опыте на опосредованное запоминание (составление пиктограмм) больной образует следующие связи: для запоминания выражения "веселый праздник" рисует флаг, для слова "развитие" — две точки, большую и маленькую, для выражения "тяжелая работа" рисует круг ("Это полет в стратосферу — трудное дело"). "Смелый поступок" долго обсуждает: "Что такое смелость? Это не одно и то же, что храбрость; храбрые люди обдумывают свои поступки, а смелые..." Больной думает и перестает выполнять задание. При предъявлении выражения "веселый ужин" больной говорит: "Ужин — это поглощение неорганической материи органическим существом; хотя и пища — органическая материя". Рисует кружки и стрелку: "Кружки — это материя, а стрелка — это переход одного вида материи в другую". Больной прерывает свои рассуждения: "Ну, если подойти с точки зрения актерской, надо вкусный ужин лишь символически изобразить".

Для запоминания слов "теплый ветер" больной рисует два четырехугольника и треугольник, объясняя: "Это два понятия: прилагательное и существительное. Конечно, с точки зрения режиссерской тут надо было бы другое изобразить, но ведь я не могу этого сделать".

В опыте на объяснение смысла пословиц больной легко и правильно справляется с заданием, приводит правильные примеры, но в варианте этого эксперимента, где ему приходится подбирать фразы к пословицам, допускает ошибки. Так, к пословице "Не все то золото, что блестит" (смысл которой больной правильно объясняет) он относит фразу "Золото тяжелее железа", объясняя: "По принципу отрицания: в пословице отрицается ценность другого блестящего металла, во второй фразе отрицается сравнение тяжести золота и железа".

Ассоциативный эксперимент обнаруживает сочетание адекватных ответных реакций с ответами типа привычных речевых шаблонов ("падение" — "с пьедестала", "луна" — "как эта глупая луна").

Приведенные экспериментальные данные показывают, что в мышлении больных описываемой подгруппы доминируют словесно-логические связи, которые не контролируются непосредственно данными, конкретными отношениями и недостаточно опираются на чувственные представления. Больные могут усвоить задания, требовавшие обобщения, они были в состоянии выделить общий признак, отвлечься от конкретных значений слов, но тот временный "отлет" от конкретных значений, который присущ всякому обобщению, приобретал у них утрированный, подчас гротескный характер.

Не только отдельные детали, но и более существенные отношения отступают на задний план, все многообразные, конкретные, полнокровные связи не учитываются. Мышление больного недостаточно адекватно отражает конкретное содержание вещей и явлений.

О нарушении мышления у больных шизофренией писал Л. С. Выготский [51]. На основании приведенных им экспериментальных исследований он высказал предположение, что у них наблюдается распад функции образования понятий — последние снижаются до уровня комплексов, т.е. конкретных смыслообразований, и что в основе этого лежит изменение значения слов.

Соглашаясь с Л. С. Выготским в том, что у больных шизофренией часто может обнаруживаться изменение значения слов, мы хотим развить это положение, поскольку в этих случаях речь идет о снижении понятий до уровня комплексов. Ведь комплекс, в понимании Л. С. Выготского, означает обобщение явлений на основании конкретных связей, конкретных представлений. Но, как показали наши эксперименты, это имеет место лишь у весьма

ограниченной части шизофреников. В большинстве случаев нарушение процесса обобщения происходит не потому, что больные оперируют конкретными связями, а, наоборот, потому, что в их мышлении доминируют, как мы говорили выше, связи, неадекватные конкретным отношениям. В наших работах [62], в работе Г. В. Биренбаум [34] указывается, что нарушение понятий у больных шизофренией носит своеобразный характер. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не только отражают конкретные отношения между явлениями или предметами, а скорее означают сближение, сгущение отдельных случайных сторон предметов и явлений. (Мы тогда обозначили этот факт как "лабильность, недифференцированность структуры слова".) Это сближение происходит не только из-за нарушений понятий, но и потому, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание задания, потому, что они часто выполняют поставленную перед ними задачу (не только экспериментальную, но и жизненную), исходя из особых установок, часто неадекватных в отношении данной ситуации. Иными словами, резонерские суждения больного определяются не столько нарушением его понятий, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную "концепцию".

Мы описали это феномен в V главе; здесь подчеркнем, что мы склонны обозначить это нарушение не как распад понятий, а как искажение процесса обобщения.

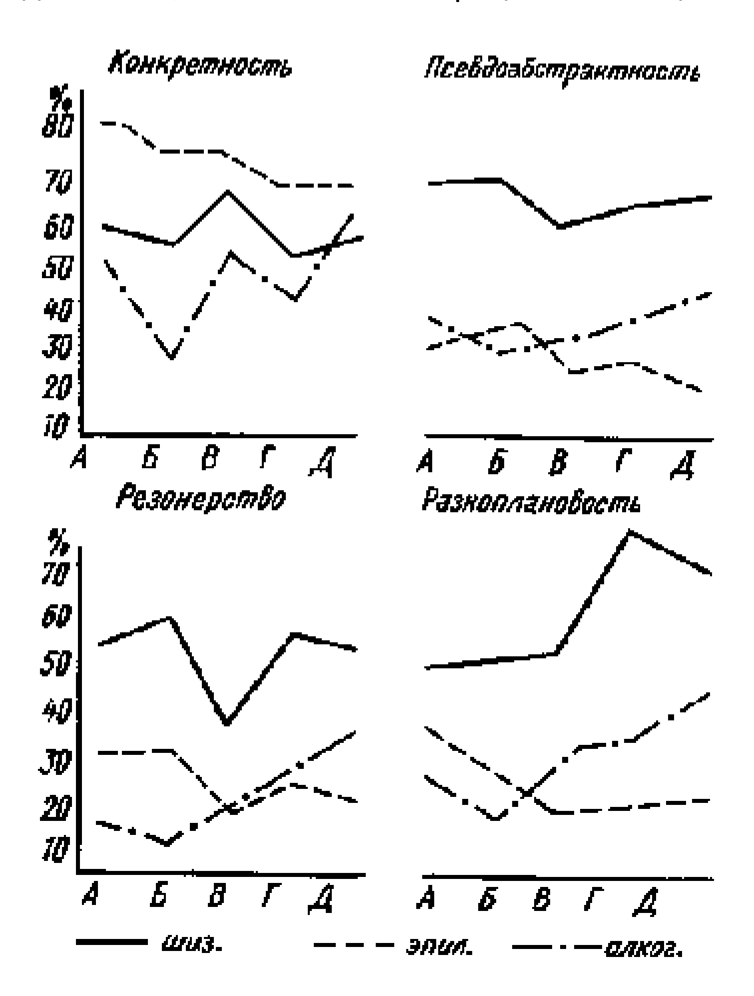


Рис. 2. Проявление некоторых видов нарушений мышления в различных вариантах методик

Резюмируя, можно сказать, что единый процесс отражения искажается как бы с двух сторон. Если содержание ассоциаций больных первой подгруппы (*снижение уровня обобщения*) не выходит за пределы частных, единичных связей, если полученные ими непосредственные впечатления не синтезируются и связи словесно– логические не имеют доминирующего значения, то у больных второй подгруппы (*искажение процесса обобщения*) происходит обратное: связи словесно-логические мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений. Если для мышления первой группы больных характерным является узкий круг связей, бедность ассоциаций, то для мышления данных больных характерно

возникновение очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций: ненаправленных, случайных, а главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи.

И в том и в другом вариантах нарушения процессов обобщения слово не является инструментом обобщения. Если в первом случае речь больных отражает лишь несущественные детали, то во втором случае она доходит до уровня бессодержательной абстракции.

---

2. НАРУШЕНИЕ ЛИЧНОСТНОГО КОМПОНЕНТА МЫШЛЕНИЯ

В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности. К ним можно отнести разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции.

Мышление является сложной саморегулирующей формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для того чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

Однако положение о том, что мышление является регулятором действий, не следует понимать так, будто мышление следует рассматривать как источник, как движущую силу поведения. Ф. Энгельс писал: "Люди привыкли объяснять свои действия из своего мышления, вместо того чтобы объяснять их из своих потребностей (которые при этом, конечно, отражаются в голове, осознаются), и этим путем с течением времени возникло то идеалистическое мировоззрение, которое овладело умами в особенности со времени гибели античного мира" [1,20, 493)

Следовательно, источником человеческого действия являются осознанные потребности, возникшие в результате общественно-трудовой деятельности человека. Потребность, осознанная человеком, выступает для него в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и разрешение данных задач, регулируется и корригируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия; для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным.

Не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений, установок, чувств человека, т.е. от личности в целом. Об этом писал С. Л. Рубинштейн в своей книге "О мышлении и путях его исследования": "Вопрос о мотивах, о побуждениях анализа и синтеза мышления вообще... это по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс" [159,87].

Л. С. Выготский постоянно подчеркивал, что мысль не последняя инстанция, что сама мысль рождается не из другой мысли, а из мотивирующей сферы нашего сознания, которая охватывает наши влечения и потребности, наши интересы и побуждения, наши аффекты и эмоции.

При построении своей теории поэтапного формирования умственных действий П. Я. Гальперин [54] указывает на необходимость прежде всего формирования мотива к действию.

За последние годы наметился подход к мышлению как деятельности управления поиском решения задач. Хотя этот аспект, продиктованный кибернетическими исследованиями, безусловно, оказался плодотворным для психологии мышления, он вместе с тем вызвал у ряда исследователей односторонний подход в анализе процесса мышления, мышление стало рассматриваться как аналог работы электронно-вычислительных машин. Оно стало сводиться к элементарным информационным процессам, к манипуляции символами. О. К. Тихомиров правильно отмечает, что распространение кибернетики привело к концентрации внимания на схеме любой деятельности, а "проблема специфически человеческих особенностей деятельности отодвигается на второй план" [185,31].

Между тем, говоря о "пристрастной" природе человеческой деятельности, А. Н. Леонтьев пишет, что "личностный смысл выражает именно его (субъекта. — Б. 3.) отношение к осознаваемым объективным явлениям" [110, 281]. Естественно, что измененный личностный смысл должен сыграть существенную роль в строении и протекании мыслительной деятельности.

Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе того вида патологии мышления, который мы называли "искажением уровня обобщения", можно по существу говорить о нарушении мотивационного компонента мышления. Как отмечалось, больные, у которых выступило подобное нарушение, опирались в своих суждениях на признаки и свойства, не отражавшие реальные отношения между объектами.

Особенно четко такие нарушения выявились при некоторых экспериментальных пробах, требовавших выделения и отбора признаков, на основе которых возможен синтез и обобщение (например, при разных вариантах классификации объектов). Мы приводили способы классификации объектов подобными больными, когда ложка могла быть объединена с автомобилем "по принципу движения", шкаф объединялся с кастрюлей, потому что у "обоих есть отверстия". Нередко предметы объединялись на основании их окраски, расположения в пространстве или стиля рисунка. Подобная повышенная облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений была выявлена и другими исследователями. Так, Ю. Ф. Поляков [150] и Т. К. Мелешко [134] приводят пример, когда больной видит сходство между карандашом и ботинком в том, что "оба оставляют след". Описывая подобные явления, они объясняют их тем, что случайные, маловероятные связи актуализируются у больных с такой же частотой, как и упроченные. Это положение правильно. Следует, однако, разобраться в том, что представляют собой в психологическом отношении понятия "существенные", "упроченные", "значимые" или, наоборот, случайные признаки или свойства предметов.

Значимым, существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значительным или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, какой смысл они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же. А. Н. Леонтьев прямо указывает, что явление меняется со стороны "смысла для личности".

Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то что личностная направленность и содержание мотивов могут оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей.

Наше восприятие мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему, и его предметно-объективное значение. При известных обстоятельствах превалирует то одна, то другая сторона, но обе они слиты в гармоническом единстве.

Конечно, изменение эмоций, сильные аффекты могут и здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут выступать в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для больного, объекты выступают в своей однозначной характеристике. Посуда всегда выступает как посуда, а мебель — как мебель. При всех индивидуальных различиях — разнице в образовании, при всей разнородности мотивов, интересов — здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к ложке как "движущемуся предмету". Операция классификации может проводиться в более или менее обобщенном плане, но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся при этом свойства предметов носят в известной мере характер стандартности и банальности. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушилась.

Конечно, и у них вырабатывались общие (по сравнению с нормой) знания о вещах и явлениях. Они едят ложкой и в качестве средства передвижения используют троллейбус; применительно к выполняемой интеллектуальной задаче — классификации предметов — эти же больные могли отнести ложку к категории посуды или шкаф к категории мебели, но одновременно с этим ложка могла выступить и как объект "движения". Наряду с актуализацией обычных, обусловленных всей прошлой жизнью свойств признаков, отношений между предметами и явлениями могли оживляться и неадекватные (с точки зрения нормальных представлений о мире) связи и отношения, которые приобретали смысл лишь благодаря измененным установкам и мотивам больных. То единство, в которое включалось значение предмета и смысловое отношение к нему, терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок. Особенно ярко выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который мы охарактеризовали как "разноплановость мышления".

Разноплановость мышления . Нарушение мышления, обозначенное как "разноплановость", заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, свойственном мышлению здорового человека подходе к явлению, при котором действия и суждения остаются обусловленными целью, условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о тех колебаниях уровня и содержания суждений, возникающих как результат измененной динамики мышления. Как мы говорили выше, при непоследовательности суждений больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Действия больного адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором (например, больной оставляет обобщенный способ решения и начинает объединять объекты на основании конкретного признака), но его действия проводятся в плане классификации: он объединяет предметы на основании свойств, признаков самих предметов. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на

основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах.

Приводим для иллюстрации некоторые примеры больного Г- на (шизофрения, параноидная форма).

Таблица 12

Выполнение задания "классификация предметов" (больной Г-н с "разноплановостью" мышления)

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснение больного
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные	Животные
Самолет, бабочка	Группа летающих (бабочка изъята больным из группы животных)
Лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль	Железные. Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого (самолет изъят из группы летающих)
Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня	Предметы, окрашенные в красный и синий цвета
Слон, лыжник	Предметы для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне.
Шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата	Мебель. Это – группа выметающих плохое из жизни. Лопата – эмблема труда, а труд не совместим с жульничеством
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты	Растения
Стакан, чашка, кастрюля	Посуда

Из приведенной таблицы видно, что больной Г-н выделяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), цвета (картинки окрашены в красный и синий цвета). Другие предметы объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа "выметающих плохое из жизни", группа, "свидетельствующая о силе ума человеческого", и т.п.).

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспоминаний. Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание на "классификацию предметов", пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: "Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами. А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет *моряка* и *лыжника* в одну группу)".

Таким образом, больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию исходя то из "личного" вкуса, то кладя в основу воспоминание о том, что он "отравился грибами".

Другой больной К-н (шизофрения), описанный нами совместно с П. Я. Гальпериным, при классификации предметов не соглашается отнести собаку в группу выделенных им домашних животных: "Я не стану есть собачину". Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает "разноплановый" характер мышления. Подобная разноплановость была обнаружена нами при выполнении задания "исключение предметов".

Приводим для иллюстрации некоторые примеры из эксперимента больной шизофренией (простая форма) в табл. 13.

Таблица 13

Выполнение задания "исключение предметов" (больной Г-н с "разноплановостью" мышления)

Предъявленные картинки	Высказывания больной
Лампа керосиновая, свеча, электрическая лампочка, солнце	Надо выделить солнце, это естественное светило, остальное – искусственное освещение
Весы, термометр, часы, очки	Очки, отделю, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят? Чехов ведь носил
Барабан, фуражка, зонтик	Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик – это устаревший атрибут, я – за модернизм

Как видно из табл. 13, больная способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса: "она не любит их" не потому, что они не являются измерительным прибором. На таком же основании она выделяет и зонтик.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов, различных подходов к заданию суждения. определения и выводы больных не представляют собой планомерного, целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г. В. Биренбаум [34] при исследовании больных шизофренией. Она указывала, что у больных мышление "течет как бы по различным руслам одновременно". Определяя этот симптом как "минование сущности", Г. В. Биренбаум отмечала, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему (устное сообщение).

При выполнении любого самого простого задания больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением, измененными жизненными установками. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не "вплетал" элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как "причудливые". Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым.

---

* В тесной связи с подобной "разноплановостью" находится и символика мышления некоторых больных шизофренией. Именно из-за "разноплановости" мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинали выступать у них в виде "символов".

Подобное неадекватное увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обыденных вещей в неадекватных ситуации аспектах.

Приведенные данные находятся в соответствии со многими клиническими данными. Анализ историй болезни этих больных, наблюдения за их поведением в жизни и больнице выявили неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Поведение больных отклонялось от обычных нормативов. Прежние интересы,

взгляды больных отступают на задний план перед неадекватными, болезненными установками. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу "пищевого рациона" своей кошки, другой больной мог оставить свою профессию и, обрекая семью на лишения, занимался тем, что целыми днями расставлял вещи перед фотообъективом, так как, по его мнению, "видение в различных ракурсах приводит к расширению умственного кругозора".

Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводили к глубокому изменению структуры любой деятельности, как практической, так и умственной. В качестве существенного выступало то, что соответствовало измененным парадоксальным установкам больного. При выполнении экспериментальных заданий, требовавших сравнения и отбора признаков, подобная смысловая смещенность приводила к оперированию неадекватными.

Если больной, который видел смысл жизни в расстановке предметов перед фотообъективом, классифицировал предметы на основании их расположения на картинках, то выбор такого принципа являлся для него осмысленным.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, "разноплановость" мышления выступает отчетливо и в клинической беседе. В ситуации, аффективно не насыщенной, "разноплановость" мышления может выступить лишь в рудиментарной форме. Однако, как мы видели выше, она может отчетливо выявиться в экспериментальной ситуации. В этих случаях смысловая смещенность приводит к актуализации незначимых, "латентных" (С. Л. Рубинштейн) свойств, сосуществующих с адекватными. Мышление лишается целенаправленности.

В своем докладе на XVIII Международном конгрессе психологов в Москве (1966 г.) "Потребности, мотивы, сознание" А. Н. Леонтьев говорил о том, что "усвоенные человеком значения могут быть более узкими или более широкими, менее адекватными или более адекватными, но они всегда сохраняют свой объективированный, как бы "надличный характер" [111,9]. Очевидно, у описываем **"Резонерство"** ых нами больных этот "надличный" характер значений теряется.

. Еще более четко выступает роль измененного личностного отношения в структуре того вида патологии мышления, который обозначается в психиатрической клинике как резонерство.

Это расстройство мышления определяется клиницистами как "склонность к бесплодному мудрствованию", как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Иначе говоря, резонерство выступает для психиатров как само нарушение мышления. В действительности же это лишь феноменологическое описание. Наши исследования показали, что механизмом "резонерства" являются не столько нарушения интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то "концепцию".

Нередко неадекватные суждения отмечаются даже у больных, у которых вообще эксперимент не выявляет нарушений познавательных процессов. Так, больной психопатией, который в опыте на пиктограмму подбирает адекватные связи для запоминания слова "развитие", рисует двух людей, расходящихся в разные стороны, объясняя: "Это разлука, разлука приводит к усовершенствованию, ведь разлука это печаль, а чувство печали облагораживает человека, снимает мещанскую шелуху самодовольства". Другая больная при предъявлении пословицы "Не все то золото, что блестит" говорит: "Это значит, что надо обращать внимание не на внешность, а на внутреннее содержание", и тут же добавляет: "Но все же я должна сказать, что с точки зрения диалектики, это не совсем правильно, ведь существует же единство формы и содержания, значит, надо обратить внимание и на внешность".

Психологическая характеристика симптома резонерства была предметом специального исследования Т. И. Тепеницыной [183]. Как показали результаты ее исследования, неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имела место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к "оценочным суждениям". Т. И. Тепеницына пишет, что "резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений" [183, 72].

Для иллюстрации приводим данные истории болезни и протоколов больной В. П.

Больная В. П., 1940 г. рождения. Образование среднее. Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Раннее развитие больной протекало без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. Росла упрямой, резкой девочкой. Была "заводилой" среди детей. Стремилась во всем быть первой.

После окончания школы поступила в торговый техникум, который успешно окончила. В 1959-1960 гг. стала чрезмерно "деятельной", настроение было всегда "восторженное", легко знакомилась с людьми.

В 1961 г. поступила в вуз. Много занималась. Впервые ловилась несвойственная ранее больной подозрительность.

Стала злобной, грубой. Начала подозревать своего мужа в "плохих поступках". Привела его в милицию. Там была осмотрена психиатром и стационирована в психиатрическую больницу. При поступлении в больницу была малодоступной, злобной, возбужденной. Считала, что "враги" в сговоре с мужем, связаны с враждебными людьми. В больнице пробыла 24 дня. Лечилась аминазином и инсулином. Выписана в хорошем состоянии. Дома чувствовала себя хорошо. Успешно сдала зачеты. Вскоре состояние опять ухудшилось. Нарушился сон. Опять появилась подозрительность, выгоняла мужа из дома. Появились страхи.

В ноябре 1963 г. была стационирована повторно. При поступлении манерна, дурашлива, на лице неадекватная улыбка. Заявила, что слышит "голоса из космоса", испытывает на себе постороннее воздействие. Кто-то "действует на ее мысли", "ощущает, что в разных частях тела что-то дергается". Временами возбуждена, стремится куда-то бежать, то плачет, то смеется. Проявляет агрессию по отношению к больным. В период лечения стелазином состояние улучшилось. Стала спокойнее, правильнее себя вести. Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы патологии не выявлено.

Данные общего экспериментально-психологического исследования (данные Т. И. Тепеницыной). Во время исследования настроение больной приподнятое, довольна. Тон высказываний — пуэрильно-восторженный. Много и беспричинно смеется. Манерна, многоречива. Обнаружила хорошую память, из 10 слов сразу же воспроизводила 10, почти в том же порядке, могла дословно повторить сложные тексты.

Приводим в качестве иллюстрации протоколы выполнения больной экспериментальных заданий: при выполнении классификации особенно отчетливо выступает склонность к "претенциозным высказываниям". Так, объединяя в группу предметы: "пилу, стакан, бутылку, куртку", больная объясняет: "Предметы домашнего обихода и инструменты"; "петуха, моряка, женщину" — "Петух гордый, моряк стройный, а женщина красивая"; "дерево, жука" — "Дерево можно к жуку, потому что никто не знает, откуда произошли деревья и никто не знает, откуда произошли жуки"; "велосипед, кровать, стол" — "Техника, так как там затрачен труд такой же, как для того, чтобы сделать велосипед... Стол сюда же, тоже затрачен конкретный труд"; "птицу и собаку" — "Птичка и собачка к животным: они дышат. Можно сюда и моряка и женщину, потому что они произошли от обезьяны"; "стакан, петух" (перекладывает картины из первой группы) — "Общее — Это жизнь! Потому что, если бы не было петуха, не было бы и курицы; если бы не было курицы, не было бы и яйца! Выдуть яйцо — будет скорлупа, будет стакан, в него можно налить!"; "часы, пароход" — "Это тоже техника, во-первых; во-вторых, пароход работает по московскому времени. Московское время работает по Ому, по Архимеду, по Плутарху. Этот корабль не утонет, если будет работать по часам".

Попытки экспериментатора вмешаться, помочь больной, направить работу по нужному руслу ни к чему не приводят. Классификация предметов остается незавершенной.

Аналогичные результаты выявляются при определении слов: "дружба", больная определяет: "Дру-жба! Это такое чувство!.. Это большое, большое чувство, которое толкает людей на хорошие поступки... Это люди оказывают друг другу помощь в трудную минуту, это даже чувство любви в какой-то степени. Дружить можно не только... Дружба может быть не только среди людей, дружба бывает и среди животных. Дружба — это хорошо! Дружба — это хорошее чувство, которое испытывают люди и животные, которое позволяет людям делать друг другу хорошее..."; "голова" — "Голова — это та часть тела, без которой жить невозможно. Не-воз-мож-но! Это, как говорит Маяковский, "мозг класса, сила класса". В голове расположен мозг — мозг тела, сила тела — вот что такое голова. Без руки жить можно, без ноги — можно, а без головы не рекомендуется".

Приводим примеры сравнения понятий. Больная должна сравнить понятия "часы и термометр"; она отвечает: "Это жизнь! Градусник-это жизнь! И часы — это жизнь! Ибо градусник нужен, чтобы измерять температуру людей, а время измеряют часы. Не было бы жизни, если не было бы часов и не было бы градусника, а не было бы градусника, больным бы не мерили температуру и не мерили бы температуру воздуха; не мирили бы температуру воздуха — не могли бы предсказывать погоду, прогноза не могло быть, а если бы не было часов, то люди были бы как стадо: они не всегда выходили бы на работу, только по солнцу, а солнце не всегда видно — зимой его нет"; "птица и самолет" — "Сходство — крылья. Потому что рожденный ползать, летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит. Рожденный ползать летать не может!"

Т. И. Тепеницына [183] отмечает, что аффективность проявляется и в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом. Иногда только одна интонация испытуемого позволяет расценить высказывание как резонерское; так, суждения, звучащие в громкой речи как типично резонерские, при письменной записи вместе с потерей интонаций теряют и свой резонерский оттенок.

Грамматический строй речи этой категории больных отражает эмоциональные особенности "резонерства". Своеобразен синтаксис, своеобразна лексика резонерских высказываний. Больные часто используют инверсии, вводные слова.

Разноплановость и резонерство вольных находят свое выражение и в речи, которая приобретает, по выражению клиницистов, характер "разорванности". По существу же это тоже симптом нарушения речи как функции общения.

Приведем пример речи больного Ч-на.

Экспериментатор. Ю. С., а часы Вы мне думаете отдать?

Больной. Не, не, не.

Э.: Это ведь чужая вещь.

Б.: Вещь, не вещь, человек, не человек (затем на ряд вопросов больной отвечает только неадекватной мимикой и жестами).

Э.: Зачем Вы губами шевелите?

Б.: Губы у меня всегда одинаковые.

Э.: Одинаковые?

Б.: Да. А зубы у меня растут откуда или нет? Вот вы мне говорите...

Э.: Зубы растут?

Б.: Зубы есть, но не могу с Вами играть.

Э.: Зубами?

Б.: Нет, Вы не смейтесь, Ваше величество... Вот я продал флаг, потом продам орудие и на оружиях этих... (неразборчиво, тихо).

Э.: Что? Я не расслышал.

Б.: Ничего больше... А свет есть свет. Ну, что ли, тьма... Да, значит. Вы хотите сказать, что дальше нас нельзя найти.

Э.: Почему?

Б.: Вот, к примеру, человек зависит от человечества. В общем, так, пускай. Спит человечество, он говорит только с ним. У моего отца есть, а вот этого — нет.

Э.: Чего нет?

Б.: Ну, чего обещались. Ну, все-таки просто народы до народности было.

Э.: До народности было?

Б.: Вы, Ваше величество, не смотрите, только не указывая, так, красное, бледное, бело. Все это не... (неразборчиво).

Э.: Не понимаю, что Вы говорите.

Б.: А вот не продаете. Вы скажите, как я думаю? Вот, вот, ну, жандарм. Вам психология надобна?

Э.: Разве я жандарм?

Б.: То есть в каком смысле? Что его съедят... Ну, нехорошо... с отрицательной осадкой. Посмотрите на них, кто такая (неразборчиво)... Вы хотели меня обидеть... и я мог бы, но деньги мои тают.

Э.: Это метафора?

Б.: Да это неважно... (пропуск). Вы сегодня не выходите из кабинета, а в кабинет никого не пускаете. Там я... всегда готов.

Э.: К чему готов.

Б.: Да это неважно... Сына народного (неразборчиво).

Э.: Что же важно, я не понимаю.

Б.: Да я сам тоже не знаю (смеется)... Дайте я покурю, а Вы больше не толкайте меня сюда...

Э.: Вы сами пришли.

Б.: Я человек был честный, я хотел на кухню смотреть. У меня есть часы, на которых есть поверенный. А вот у меня братишка — простой мастеровой. И если бы каждый вот так думал за себя, все бы (неразборчиво)...

Э.: Вы отдадите мне часы?

Б.: Часы я только что скушал. Но если я так буду кушать, то и вообще (говорит неразборчиво, тихо)...

Э.: То что?

Б.: У меня нет нуля. И это мне нехорошо. Я экономлю... Все человечество экономит... а я хочу сделать его честь.

Э.: Зачем, Ю. С.?

Б.: Вы, папа, не смейтесь... Я так, просто говорю...

Э.: Зачем, с какой целью?

Б.: Папа, покушай вот эту вещь (дает пепельницу).

Э.: Разве она съедобна?

Б.: А сколько раз тебя сломали (неразборчиво)... Сломано, посмотри, папа, сломано.

Э.: Она же не съедобна.

Б.: Да, она-то не съедобна.

Э.: Значит, ее нельзя есть.

Б.: Если он возьмет его — купите, а сами, он продаст его, — не пейте (показывает на графин с водой).

Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога). Приведем пример монологической речи больного Н. (шизофрения, состояние дефекта). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Почему, я вот почему, мне, конечно, никто не сказал об этом, и где я не вычитал это, это и нигде не показано. Я думаю и твердо, конечно, знаю, что эта материя движения, весь земной шар (непонятно). Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот значит живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился, сколько я не учился, все же учился, воздух — не живой, ну, кислород, водород, все это мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся населяющая окружающую атмосферу зелень окутывает; ну, живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое вот, и оно состоит, цветя, его представляю, как этот дым, только не сразу, как он появляется, вот как уже разошелся, чуть-чуть заметно и состоит из таких мельчайших существ, проста трудно различить, вот, и они имеют страшную силу, конечно, они вселятся куда хотите, через поры любого вещества, вот. Все это двигает в то же время, вот я считаю, что и зарождалось то. Почему женщина, вот эта материя, по-моему, весь род на земле происходит.

Анализ приведенных образцов "разорванной" речи приводит к следующим выводам.

Во-первых, в довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; больные произносят ряд фраз, но не сообщают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных, связей между предметами и явлениями.

По внешней форме первый отрывок напоминает разговор двух людей: в некоторых ответах больного даже содержится какой-то отклик на вопрос экспериментатора. По существу же представленная даже в диалогической форме речь больного не служит функции общения: больной ничего не сообщает экспериментатору, ни о чем не пытается у него узнать. Называя экспериментатора то жандармом, то папой, больной не обнаруживает намека на соответствующее этому отношение к нему. Попытка экспериментатора направить речь больного на какую- нибудь тему не удается; если больной и реагирует на вопрос экспериментатора, то только как на раздражитель, который дает начало новому непонятному потоку слов. Как подчеркивает В. А. Артемов, направленность на содержание является одной из характерных особенностей восприятия речи. У наших больных эта особенность утеряна.

Во-вторых, в речи больных нельзя обнаружить определенного объекта мысли. Так, больной называет ряд предметов — воздух, материю, художника, происхождение человека, красные

кровяные шарики, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего. Приведенные отрывки нельзя изложить другими словами.

В-третьих, больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. "Разорванная" речь этих больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми.

Эта особенность речи больных, отсутствие функции общения, в сочетании с ее другой особенностью, с ее непонятностью для окружающих, делает ее схожей с так называемой эгоцентрической речью ребенка.

---

3. НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Признание рефлекторной природы мышления означает признание его как процесса. Об этом писал еще И. М. Сеченов, указывая, что мысль имеет определенное начало, течение и конец.

Мы не можем в достаточной мере проанализировать внутренние закономерности мышления, исследовать структуру мыслительных операций, с помощью которых происходит отражение объективных свойств предмета, если не проанализируем процессуальную сторону мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах требуют не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления. С. Л. Рубинштейн неоднократно подчеркивал, что свести мышление к операциональной стороне и не учитывать его процессуальную сторону означает устранить само мышление.

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения.

Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

Как мы указывали выше, одной из особенностей мышления как высшей ступени познания является его опосредованность. Конечно, осуществление этой опосредованности обеспечивается правильной структурой понятий. Познание фактов, скрытых от непосредственного восприятия, возможно тогда, когда человек способен проанализировать, обобщить воспринимаемые факты. Однако осуществление этого опосредования, перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса. Поэтому при исследовании мышления, его формирования и распада недостаточно ограничиваться одним только анализом образования и распада понятий, одной только характеристикой интеллектуальных операций. Наши исследования [64] показали, что нарушения процесса обобщения являются не единственным вариантом нарушений мышления. Более того, часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

Нарушению динамики мышления посвящено немного работ. Хотя в некоторых психиатрических исследованиях говорится о динамическом характере некоторых нарушений мышления, однако под этим подразумевается их обратимость.

Мы уже указывали, что у ряда больных (например, больных сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводили к колебаниям памяти, зависящим не от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных. Подобные колебания, выступавшие как непоследовательность суждений, наблюдались и в мыслительной деятельности больных.

Лабильность мышления . Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал; операции сравнения, переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений больных, как мы говорили выше, не был устойчивым.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания "классификация предметов".

Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но, спустя некоторое время, оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высокий уровень обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

1. Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Приведем несколько примеров.

   Больной М-в (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести *мухомор*: "Он же вредный, отнесу-ка в сторону". Точно так же он не знает, куда отнести *жука*: "Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе". После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: "Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру". В конце концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: "Людей с животными, да? Растения... Ну, а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами?"

   Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 мин, больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

   Больная Ш. (артериосклероз головного мозга). Правильно выделив группу инструментов, кладет туда же картинку "кузнец", "так как он нарисован с молотом в руке и вообще он работает, пользуясь разными инструментами" (следует отметить, что больная выделила до того группу людей). На вопрос экспериментатора: "А что у вас в этой группе?" больная отвечает: "Здесь люди", и тут же самостоятельно перекладывает "*кузнеца*" в группу людей.

   Приведенные примеры показывают, что в этих случаях колебания умственной деятельности больных проявлялись в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось модусом работы больных.

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания "классификация предметов" нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом. Они нередко замечали свои ошибки и исправляли их.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять аналогичную по смыслу группу. Так, например, больной мог выделить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица, и тут же выделял еще одну группу людей, куда входили моряк, лыжник и т.п. Остановимся лишь на некоторых из них, часто встречающихся в клинике.

Нарушение динамики мышления, выражавшееся в чередовании адекватных и неадекватных решений, не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой- то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных. В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь живой, экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное Слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Больные не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельные слова. Характерно, что, несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность мышления, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим вокруг них, часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии представляется трудным из-за их резко выраженной отвлекаемости, исключающей фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному исследованию больные поддаются только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако выполнение любого экспериментального задания не вызывало определенной стратегии их мышления. Больные не задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Они импульсивно приступают к выполнению. На вопрос, в чем общность и различие между понятиями "стол" и "стул", один из больных (со средним образованием) отвечает: "У них общее то, что у стола и у стула четыре ножки, а разница — у стула спинка есть, у стола — нет". При складывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке.

Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые ассоциации, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получают свое отражение в речи больных. Больные сосредоточиваются на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени. Понимая смысл пословицы, они не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает "цепочку" ассоциаций; иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайном направлении. Например, больной К. в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу "Не все то золото, что блестит" следующим образом: "Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу..." и т.д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово "золото" сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось с червоточиной. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: "Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно,

развитие мичуринского учения имеет большое значение..." Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т.д. Точно так же больной в гипоманиакальном состоянии, выделив группу людей, т.е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев картинку "кузнец", стал декламировать: "Мы кузнецы и друг нам — молот... Люблю... старые революционные песни... песня — наш друг. А есть здесь, среди них карточки, напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы; кто вам их рисовал, художник? От слова "худо". Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, напоминая, что надо найти принцип классификации, больной замечает: "Да, я хотел людей отделить от животных", и продолжает раскладывать по обобщенному признаку.

Больному был доступен смысл задания, но любое слово, произнесенное им самим или экспериментатором, предмет отвлекали направленность больного и уводили от непосредственного задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели (в конце концов больной правильно рассортировывал карточки или определял понятия), но весь ход суждений, который самостоятельно выбирал больной, был неустойчивым.

Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы — *повышенной "откликаемости"*. Они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном ранее направлении, но и начинают реагировать на любой раздражитель, к ним не адресованный. Так, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак дали колбасу, больной, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: "И голуби ее угостили колбасой".

С особой отчетливостью феномен "откликаемости" обнаружился в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных ("вплетения"); при предъявлении слова "пение" больной отвечает словом "стол", на слово "колесо" — словом "очки" и т.п. Подобная тенденция называть находящиеся перед глазами предметы наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание лишь на короткое время вызывало правильные реакции; спустя небольшой промежуток времени, больные опять называли предметы, попадавшие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета (красного, зеленого). Эта задача может вызвать известные затруднения и у здоровых испытуемых; она предполагает активное торможение тех слов, которые не соответствуют смыслу инструкции. В этих случаях испытуемые прибегают к различным приемам, которые должны облегчить припоминание необходимых слов (например, оглядываются вокруг себя, смотрят на окружающие предметы), но они не используются ими для ответа, если слова не соответствуют инструкции. Последняя приобретает определяющее значение; ответы здорового человека в ситуации эксперимента зависят от условий задачи, от требования экспериментатора.

Больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия на короткий отрезок времени. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могли вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности, искажающие ход их суждений.

Инертность мышления . Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, в основе которого лежит *инертность связей прошлого опыта*. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Такие больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. Так, например, один больной в опыте, где ему надо было опосредовать свой процесс запоминания и воспроизведения слов с помощью рисунка (составление пиктограмм), сразу придумывал условные обозначения для опосредования слов, если он мог нарисовать "человека", и не мог этого сделать в тех случаях, когда ему казалось неудобным рисовать человека.

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте на опосредованное запоминание по методу А. Н. Леонтьева. Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Следовательно, решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Подобная инертность связей прежнего опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению операции обобщения и отвлечения. Выполняя задачу "классификация объектов", больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне. Процесс сортировки, классификации, требующий оттормаживания одних элементов, сопоставления с другими, т.е. известной гибкости оперирования, переключения, для них затруднен. Так, один больной, выделив группу людей, разделяет ее на две подгруппы: людей, занятых физическим трудом, и людей, занятых умственным трудом (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например домашних и диких животных, людей разных профессий. Больной соглашается, начинает заново сортировать картинки, но в итоге приходит к прежнему способу, отстаивает его.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу "исключение объектов". Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображен "стол, стул, диван и настольная лампа", заявляет: "Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана

обойтись". На замечание экспериментатора: "Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель" — больной отвечал: "Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик". Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращается к выделенному им свойству: "Лампа настольная, она должна стоять на столе". Больной не может переключиться с принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое "резонерство", проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое метафорически обозначается в клинике как "вязкость" мышления.

Особенно часто обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения — при определении понятий. Для иллюстрации приведем типичное определение простого понятия.

Больной Б-н (эпилепсия). *Шкаф*. "Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней не помещается буфет или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб пахнет нафталином — это порошок от моли. Опять же бывают шкафы книжные, они не столь глубоки. Полки их Уже, полок много. Теперь шкафы встраиваются в стены, но все равно — это шкаф".

Приведенная иллюстрация показывает, что больной начинал правильно определять понятие "шкаф", но тут же приводил всевозможные отклонения от своих определений, уточнял возможные варианты, и в результате всех этих уточнений и описаний больной так и не мог остановиться на каком- нибудь одном четком определении. Сам больной оставался неудовлетворенным своими объяснениями, потому что они казались ему недостаточно полными.

Инертность конкретных связей прежнего опыта выявляется и в ассоциативном эксперименте с инструкцией отвечать словом противоположного значения:

Полученные данные показывают, что латентный период довольно значителен и составляет в среднем 6,5 с, у отдельных больных он временами достигал 20-30 с.

Обращает на себя внимание большое число "запаздывающих" ответов: больные отвечают не на предъявляемое слово, а на прежнее. Например, ответив на слово "пение" словом "молчание", больной на следующее слово "колесо" отвечает словом "тишина"; ответив на слово "обман" словом "вера", на следующее "голоса" больной реагирует словом "ложь".

"Запаздывающие" ответы больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса. Они свидетельствуют о том, что следовой раздражитель имеет большее сигнальное значение, нежели актуальный. Для уточнения механизма этих особенностей следует обратиться к анализу построения ассоциативного эксперимента.

Слово, которым испытуемый реагирует на слово- раздражитель, не является единственной возникающей у него ассоциацией. Однако реагирование лишь одним словом объясняется тем, что инструкция экспериментатора, т.е. задание, предусматривает лишь одно и при том первое

пришедшее на ум слово. Остальные возникшие при этом связи затормаживаются. Предъявление другого слова вызывает новые ассоциации, иначе говоря, ответная реакция больного обусловлена всякий раз актуально звучащим словом. Актуальность же раздражителя зависит от поставленной задачи, от ситуации.

В работах советских психологов изучались зависимость образования ассоциативных связей от условий и содержания деятельности. А. Н. Леонтьев и Т. Ф. Розанова показали, что при изменении смысла задания (инструкции) одни и те же раздражители вызывают различные ассоциативные связи. Закрепление и воспроизведение ассоциативных связей должны происходить именно в зависимости от поставленного задания.

В применении к нашей экспериментальной ситуации это должно означать, что только произнесенные в данный момент слова должны были вызывать ассоциативные связи, что только они должны были служить сигналом для ответной реакции. Ассоциации же, вызванные произнесенными ранее словами, не должны были актуализироваться; прежние раздражители должны были остаться нейтральными, утратив свое сигнальное значение.

У наших же больных актуально звучащие слова не приобретали значения раздражителя. В силу инертности связей прошлого опыта больные отвечают на отзвучавшее слово.

Полноценность мыслительной деятельности заключается не только в том, что человек в состоянии выполнить ту или иную мыслительную операцию, проанализировать и синтезировать материал, выделить существенное, но и в том, что эта способность к правильным операциям являются устойчивым способом действия.

В ситуации эксперимента, так же как и в любой жизненной ситуации, выступают все новые стороны предметов и явлений, меняются условия деятельности. Для того чтобы правильно познать эти различные отношения, чтобы правильно действовать согласно изменившимся, условиям, человеку нужно уметь переходить от одного способа действия к другому, он не должен автоматически оперировать прежними застывшими операциями или способами.

Мышление отражает адекватно объективную действительность, когда сохранна не только его операциональная сторона, но и его динамика. Одной из форм нарушений динамики познавательной деятельности является нарушение саморегуляции.

---

4. НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕСCА САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Нарушения саморегуляции (гл. IV, раздел 6) играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности, эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных действий. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций: больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются неспособными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как

расплывчатость, нецеленаправленность, являются, по сути, выражением дезорганизации мышления.

В гл. IV уже обсуждалась проблема нарушения саморегуляции и опосредования поведения в целом. Конкретизация этой проблемы применительно к анализу нарушений мышления была проведена А. Б. Холмогоровой [190]. В качестве одного из важнейших аспектов саморегуляции мышления автор рассматривает ее рефлексивный аспект, связанный с процессом осознания, проверки, перестройки и выработки субъектом средств и способов деятельности. Выделяются две функции (контрольная и конструктивная) рефлексии в познавательной деятельности. Контрольная функция выступает в форме проверки соответствия действия имеющемуся эталону; конструктивная функция осуществляется в форме осознания и перестройки мыслительных действий.

Как справедливо отмечает Д. Б. Холмогорова, саморегуляция не сводится к осознанию, контролю и перестройке мыслительных действий. В зависимости от того, как осознает себя человек в данной проблемной ситуации, как переживает ее, она приобретает для него различный смысл. Переживание ситуации может стимулировать к дальнейшему продолжению поиска или же отказу от него. Другими словами, саморегуляция может быть направлена на мобилизацию внутренних ресурсов для разрешения содержательного затруднения (решения проблемы или задачи) или же на уход из конфликтной ситуации затруднения (отказ от дальнейшего решения и стремление дискредитировать задачу или же оправдать себя). В соответствии с этим выделяются еще две функции саморегуляции познавательной деятельности — мобилизующая (продуктивная с точки зрения регуляции мышления) и защитная (непродуктивная).

На материале решения задач на соображение больными шизофренией (вялотекущая форма) А. Б. Холмогоровой показано, что у больных происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении конструктивной и мобилизующей функций при относительной сохранности контрольной и активизации защитной. Больные способны к контролю своих действий в условиях сформированности эталона действия. Но при необходимости самостоятельной выработки нового способа действия и перестройки прежнего у больных не происходит осознания неадекватности своих действий, и, по существу, перестройка не происходит. В ситуациях затруднения активизируются защитные формы поведения: уход из ситуации под различными предлогами, отказ от продолжения решения наступают значительно быстрее, чем в норме. Снижение осознанности мыслительных действий, отсутствие направленности на разрешение содержательного затруднения отрицательно влияют на общую продуктивность мыслительной деятельности.

В исследовании А. Б. Холмогоровой было также показано, что у больных шизофренией нарушается один из важнейших механизмов саморегуляции, основа децентрации и самоанализа — способность к смене позиции, отчуждению и объективации своих действий. Так, при определении понятий с инструкцией на понятность другому человеку (так, чтобы другой человек мог однозначно догадаться, о чем именно идет речь) больные часто оказывались не в состоянии представить себя в позиции отгадывающего, адекватно использовать культурный опыт. В то же время здоровые испытуемые использовали признаки, названные А. Б. Холмогоровой "культурными метками", например яблоко — плод, упавший на голову Ньютону, и т.д. Определения больных были размытыми, не позволяли догадаться, о каком предмету идет речь, здоровые же испытуемые направленно искали признаки, обладающие достаточно дифференцирующей силой.

Подобные нарушения саморегуляции связаны с нарушениями мотивационно-потребностной сферы. Анализ специфики стабильных изменений личности при шизофрении в сопоставлении с данными экспериментально- психологического исследования привел автора к выводу, что существенным фактором нарушения саморегуляции у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики является так называемая "установка на

самоограничение". Последняя выражается в направленности на ограничение контактов и сфер деятельности, предпочтении действовать сложившимися, легко актуализирующимися способами, избегании трудностей и интеллектуального напряжения.

Полученные данные позволяют объяснить отмечаемый многими исследователями факт, что наибольшая выраженность нарушения — или буквально следовать заданной цели, или переходить к произвольному целеобразованию. Об этом свидетельствует и исследование А. П. Корнилова [92], в котором показаны различия в нарушении формирования конечных и промежуточных целей при решении мыслительных задач: если у больных шизофренией снижена побудительность целей, то у больных эпилепсией нарушен регулятивный аспект целеобразования.

В исследовании показано, что нарушений целеобразования в мыслительной деятельности обеих нозологических групп носят динамический характер и зависят от общей иерархии целей, стоящих перед испытуемыми. Они отражают складывающиеся актуально в процессе решения взаимоотношения между направленностью, побудительностью и произвольностью конечных целей.

Установлено также, что при развертывании целеобразования в условиях заданного предметного плана решения выявляются такие особенности мыслительной деятельности, как нарушения побудительного и регулятивного аспектов целеобразования; при незаданности же предметного содержания целей в условиях их произвольного выдвижения проявляются характерные нарушения мышления: актуализация латентных, необычных свойств предметов, абстрактность построений — у больных шизофренией; конкретность, детализация, ригидность мышления — у больных эпилепсией.

Исследование А. П. Корнилова [92] показало, что у больных шизофренией и эпилепсией степень нарушений мыслительной деятельности проявляется примерно одинаково при использовании различных методических приемов, при большей выраженности нарушений наблюдается большая степень специфики нарушения целеобразования.

В качестве экспериментального материала были выбраны задачи из игры "калах", в которых требовалось найти лучший ход (1-я методика); а также описание простой геометрической фигуры предполагаемому партнеру, который должен по этому описанию воспроизвести ее (2-я методика).

В задачах игрового характера ("калах") конечная цель — найти лучший ход — необходимо требует от испытуемого развития процессов самостоятельного формирования конечной цели решения и промежуточного целеобразования. Вторая методика ставила испытуемых в ситуацию, где они в зависимости от характера принятия требования инструкции могли буквально следовать заданной цели или переходить к произвольному целеобразованию.

Результаты исследования А. П. Корнилова показали, что при незаданности предметного содержания Целей в условиях их произвольного выдвижения проявляются динамические нарушения мышления, свойственные для этих групп больных; актуализация латентных, необычных свойств предметов, абстрактность построения — у больных шизофренией, ригидность мышления — у больных эпилепсией.

Результаты применения методик, направленных на выявление тех или иных характеристик целеобразования психических больных, показывают, что в условиях развертывания процессуальной регуляции мышления наблюдаются специфические особенности его функционирования. Эти особенности являются динамическими. Во-первых, их проявление зависит от общей иерархии целей при решении задач. Во-вторых, они отражают складывающиеся актуально в процессе решения взаимоотношения между направленностью, побудительностью и произвольностью конечных целей.

Глава VIII

НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Нарушения психической деятельности душевнобольных принимают, как было показано в предыдущих главах, различный характер. В психологических исследованиях анализу подвергаются, как правило, расстройства познавательных процессов (в основном мышления), незначительное число работ посвящено анализу нарушений личностных изменений.

Следует, однако, подчеркнуть, что анализ нарушения психики в параметрах познавательной и личностной сфер не является исчерпывающим. Неправильно сводить все многообразие психических нарушений к изменению системы познавательных процессов или нарушениям мотивов.

У ряда больных психологический эксперимент не обнаруживал измененной системы понятий; больные осмысливали задание, требовавшие синтеза, обобщения; ассоциации больных носили адекватный характер, не было изменено и их отношение к ситуации эксперимента. Вместе с тем больные не могли в конкретной работе длительно удерживать правильный способ действий, допускали ошибки. В этих случаях можно говорить о нарушении умственной работоспособности больных.

В более широком плане этой проблеме посвящены исследования психологов Института экспертизы трудоспособности, выявивших различные факторы, лежащие в основе нарушения трудоспособности больного. Еще в 1936 г. В. М. Коган выдвинул положение о том, что у многих больных основным фактором, снижающим работоспособность, является сужение объема внимания, невозможность одновременного учета нескольких воздействий среды. При этом оказалось, что больные сохранили в основном навыки и умения, необходимые для однократных умственных действий. Этот факт послужил основанием для поисков особых экспериментальных приемов исследования.

Проблеме нарушений работоспособности посвящено интересное исследование В. М. Когана и Э. А. Коробковой [85], в котором авторы определяют работоспособность как возможность длительной систематической общественно полезной деятельности и приводят классификацию проявлений нарушенной трудоспособности: нарушение целенаправленности, произвольности, нарушения объема и регуляции усилий и нарушение динамики деятельности.

В данной главе мы хотим остановиться не на нарушении работоспособности в широком смысле этого понятия, а на нарушениях умственной работоспособности, которые являются следствием истощаемости (по классификации Э. А. Коробковой, это ближе всего к нарушению динамики деятельности). Приобретенные в прошлой жизнедеятельности человека навыки, его интеллектуальные операции остаются нередко сохранными, между тем больной не в состоянии выполнить умственных заданий, требующих длительных и устойчивых усилий.

Нарушение умственной работоспособности находит свое выражение в ряде проявлений и принимает нередко характер нарушений как бы отдельных процессов: памяти, колебаний внимания. Если таким больным предложить заучивать 10 слов и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя носит ломаный характер.

Аналогичные результаты были получены при исследовании больных пробой Крепелина. Кривая, изображающая количество допущенных ошибок, носит тоже ломаный характер, свидетельствуя о прерывности и лабильности продуктивности больных.

Подобные колебания выявляются как при исследовании сложных форм психической деятельности, так и при анализе элементарных ее проявлений, например при исследовании темпа сенсомоторных реакций. В дипломной работе В. И. Васильевой была использована для выявления особенностей темпа сенсомоторных реакций методика отыскания чисел на "таблице Шульте". Больному предлагалось последовательно пять таблиц, на которых были расположены вразброс числа от 1 до 25. Больной должен был показывать и называть числа по порядку.

Исследование показало, что суммарное время, потраченное на отыскание чисел у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, по сравнению с нормой резко завышено. Однако детальный отсчет времени каждой отдельной поисковой реакции свидетельствует о том, что эта общая замедленность объясняется наличием отдельных чрезмерно длительных поисковых действий в ряду других нормально быстрых.

Отыскивая числа, как правило, в нормально быстром темпе, больные внезапно "теряют" очередное число, т.е. "смотрят на него и не видят", утверждая иногда, что такого числа на таблице вообще нет. Иными словами, замедленность темпа выполнения задания оказывается в действительности итогом крайней неравномерности темпа отдельных операций.

Другим чувствительным индикатором изменения сенсомоторных реакций больных были данные, полученные при исследовании зрительно-моторной координации больных. Эти исследования были проведены С. Я. Рубинштейн [156] с помощью созданной ею методики, которая заключалась в том, что испытуемый должен был научиться очень точно рассчитывать свои нажимы на резиновую грушу для того, чтоб осуществить заданное движение под контролем зрения. Запись движений производилась чернилами на ленте кимографа.

Обнаружилось, что у больных, в клинической характеристике которых отмечены психические нарушения артериосклеротического генеза, кривая носила толчкообразный характер. Больные правильно осуществляли заданное им движение по силе и скорости, однако нажимы их не были плавными.

С. Я. Рубинштейн [162] отмечает, что толчкообразность кривой отражает замедление и не пропорциональную внешним условиям силу коррекционных импульсов.

Подобная прерывистость психических процессов, неустойчивость ее динамики, связанная, очевидно, с колебаниями коркового тонуса, приводит нередко к нарушениям и более сложных форм интеллектуальной деятельности — к непоследовательности суждений.

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости уровня выполнения задания. Уровень обобщения в основном не был снижен; больные правильно усваивали инструкцию, хорошо анализировали и синтезировали материал, понимали переносный смысл пословиц и метафор. Однако адекватный характер суждений больных не был устойчивым. Выполняя экспериментальное задание, больные не удерживали правильный способ действий в течение длительного времени; правильные способы выполнения задания чередовались с ошибочными.

Подобные колебания уровня действий были вызваны, как описано выше, с помощью метода "классификация предметов", при выполнении которого обобщенный характер выполнения прерывался решениями ситуационного порядка. Так, больная К-ва выделяет правильно группы людей, растений (рисунок на карточке) и тут же откладывает отдельно цветок, к которому присоединяет жука, мотивируя: "Он всегда на цветах сидит". Точно так же, выделив группу

мебели, относит туда бутылку и стакан: "Они стоят в шкафу". На замечание экспериментатора: "Подумайте" — отделяет стакан от мебели: "Это посуда". Сама убирает жука из группы цветов, присоединив его к группе животных, объясняя: "Туда же можно рыб и птиц — это же все живые".

У других больных ошибочные решения вызывались их забывчивостью. Так, выделив группу по правильному обобщенному признаку, больные начинают выделять аналогичную группу. Например, больной К-в, выделив группу растений, в которую входили и овощи, и цветы, и фрукты, тут же начинает выделять еще одну группу растений. Подобные выделения одноименных групп являются наиболее типичными. Аналогичные эпизодические ошибочные действия и суждения выступали и при выполнении других методических приемов, установлении аналогии отношений.

Нередко правильное, адекватное выполнение задания прерывается внезапно наступающими колебаниями эмоциональной сферы больных. Небольшая допущенная ошибка, неосторожное замечание экспериментатора по ее поводу дезорганизуют правильное выполнение задачи.

Колебания умственной работоспособности больных приводили их к неправильным решениям задач и суждениям. Однако последние возникали периодически и не свидетельствовали о стойком снижении интеллектуальных процессов больных, о распаде их синтетической деятельности. Ошибки мышления больных возникали потому, что отдельные правильные суждения не доводились до конца; они обрывались, отдельные этапы забывались и не складывались в единую стройную цепь рассуждений.

Подобные нарушения не могут быть объяснены нарушением системы понятий, они носят динамический характер; больные правильно намечают ход суждений, некоторое время он совершается в пределах заранее установленной программы, однако больной не в состоянии прочно удержать ее; подобные раздражители легко нарушают эту адекватную программу действий.

Следует отметить, что колебания умственных достижений больных выявляются не при всех экспериментальных заданиях. Они могут не выступить при выполнении даже сложных, но одноактных проб и обнаруживаются больше всего при решении многоактных задач, требующих учета и удержания нескольких признаков. На это указывают и данные исследования В. М. Когана [84]. Автор обнаружил, что при сосудистых заболеваниях мозга происходит сужение объема восприятия, что приводит к затруднениям при необходимости совместить несколько признаков.

При невыраженной степени заболевания подобная непоследовательность суждений поддается исправлению. Часто экспериментатору бывает достаточно спросить больного, что он делает, привлечь внимание больного к ошибкам, чтобы больной самостоятельно и легко исправил их.

Особенно резкие колебания уровня достижений обнаруживались при выполнении заданий, которые требовали длительного удержания направленности мысли и постоянного оттормаживания несоответствующих связей. При анализе природы колебаний уровня умственных достижений прежде всего вставал вопрос об их зависимости от сложности задания.

Многочисленные исследования (Б. В. Зейгарник [64], В. М. Когана [84], Э. А. Коробковой [85]) показывают, что неравномерность умственных достижений больных вызывалась не сложностью материала и не затруднениями при его организации. Любой вид деятельности может быть на какой-то отрезок времени доступен больному и через некоторое время выполняться с большими или меньшими трудностями. Один и тот же эксперимент

обнаруживает то высокий уровень достижений больного, логически выдержанный ход его мыслей, то непоследовательность суждений.

Нам представляется, что эти факты имеют принципиальное значение. Они свидетельствуют о том, что колебания умственных достижений при выполнении самых различных задач являются проявлением более общего нарушения — неустойчивости умственной работоспособности больных. Именно колебания умственной работоспособности приводят к тому, что одни и те же больные то кажутся людьми полноценными, адекватно мыслящими и действующими, то производят впечатление людей, действия которых лишены целенаправленности. Подобные нарушения чаще всего встречались у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга на ранней стадии болезни.

Подобные колебания являются, очевидно, проявлением быстро наступающего истощения психических процессов больных. Эта истощаемость своеобразна, ее следует отличать от обычной истощаемости, которую мы наблюдаем у здорового человека. В последнем случае наступает замедленность темпа работы, нарастание количества ошибок к концу эксперимента. Об этом свидетельствуют эксперименты над здоровыми испытуемыми (взрослыми и детьми). Так, если здоровый испытуемый утомлен, он будет медленнее выполнять задание на классификацию предметов, но будет выполнять ее на адекватном для него уровне. Истощаемость же психических процессов больных обусловливает временное изменение самого качества их умственных достижений, уровня их умственной деятельности.

Можно предположить, что в основе подобной истощаемости процессов лежит ослабление функционального состояния корковой динамики, снижение тонуса коры, которое выражается в разлитом торможении, названном И. П. Павловым "охранительным". Это тормозное состояние носит функциональный характер, оно является преходящим, но все же оно приводит к временному ослаблению работоспособности человека.

Ряд клинических симптомов, которые выглядят как нарушение отдельных изолированных психических процессов, по существу являются по-разному оформленными проявлениями нарушений работоспособности. Так, когда больные жалуются, что они забывают прочитанное, забывают выполнить поручение, это часто выглядит как нарушение памяти, когда больные отмечают, что побочные малозначащие факты (разговор соседей, тихо говорящее радио) мешают им работать, это выглядит как "распыление" внимания. В действительности все эти симптомы являются проявлением одного нарушения — чрезмерно легко наступающей истощаемости, приводящей к изменению умственной работоспособности.

Умственная работоспособность может быть также нарушена вследствие быстрого "пресыщения", явления, близкого по своему проявлению к истощаемости, но все же имеющего иную психологическую характеристику. Понятие это введено К. Левином для обозначения состояния, когда у человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься.

В этих случаях, по данным сотрудницы К. Левина А. Карстен, возникают изменения в деятельности испытуемого, "вариации" заданного действия. Так, если испытуемому приходилось выполнять монотонное задание, например чертить черточки, это действие прерывалось привнесением вариаций; испытуемые отвлекались на время от основной цели задания, выполняли какие-то другие действия, не относящиеся к делу (начинали посвистывать, петь, сама внешняя сторона деятельности менялась — черточки становились больше, меньше, менялись их конфигурации). А. Карстен рассматривала эти вариации как показатели наступающего пресыщения, т.е. как фактор, прерывающий целенаправленность деятельности.

Симптом пресыщения не связан с утомлением. О соотношении утомляемости, работоспособности и заболеваний написано много. Первый, кто выдвинул эту проблему, был

Э. Крепелин, который установил значение таких факторов, как упражняемость, врабатываемость, утомляемость для анализа работоспособности личности. Своими исследованиями Э. Крепелин и последователи его школы показали, что при всякой работе можно различать несколько фаз: врабатываемость в задание, упражняемость и истощаемость. Симптомы пресыщения несводимы к этим выделенным Э. Крепелиным факторам. Как указывают в своих ранних работах В. Н. Мясищев и его сотрудники Р. И. Меерович и К. М. Кондратская, пресыщение относится к тем психическим явлениям, к которым применима характеристика отношения личности к выполняемой работе. Об этом свидетельствуют и исследования самой А. Карстен. При изменении смысла работы (например, если давалась новая инструкция, что этим экспериментом исследуется "выдержка" испытуемого) вариации исчезали.

Симптомы пресыщения (вариации, сопутствующие действия) выступали, как показали исследования А. Карстен, у здоровых испытуемых не сразу. Они проявились через более или менее продолжительный промежуток. При некоторых формах заболеваний симптомы пресыщения наступали довольно быстро. Об этом свидетельствуют исследования Э. А. Коробковой [85], проведенные с невротиками, Р. И. Мееровича и К.М. Кондратской [132] с больными прогрессивным параличом, мои исследования с больными в астеническом состоянии разной этиологии [65].

Колебания умственной работоспособности могли возникать вследствие нарушения совершенно иного фактора — тенденции к чрезмерному опосредованию.

Дело в том, что больные, у которых отмечалось снижение умственной работоспособности, были в основном личностно сохранны. Они замечали свой ошибки, пытались их скомпенсировать. При этом возникало иногда чрезмерное стремление опосредовать свое поведение и действия. Особенно четко это выявилось в опыте на опосредованное запоминание по методу пиктограмм. Сам факт опосредования какого-либо действия является адекватным свойством психической деятельности здорового человека.

Несмотря на то что опосредование отвлекает на себя усилия субъекта, оно (это опосредование) не разрушает ни целостности усвоения, ни логического течения суждений и умозаключений человека.

Усилия же больных столь резко направлены на приемы компенсации, на постоянное отыскивание "костылей", т.е. опоры, что нарушается целостность восприятия, гармоничность протекания интеллектуального процесса больного. Повышение стремления больного опосредовать и корригировать свои действия затрудняет выполнение умственной работы, придает ей характер прерывистости.

Проблема нарушения работоспособности имеет большое значение при решении практических задач клиники и педагогики. Нередко неуспеваемость ребенка или непродуктивность в работе объясняется не плохим уровнем знаний, не утерей навыков, не отсутствием личностной направленности, а лишь изменением корковой нейродинамики, обусловливающей снижение работоспособности человека (которая может быть восстановлена под влиянием терапевтических и коррекционно-педагогических воздействий). Из-за временно наступающих колебаний тонуса активности нарушается адекватный характер деятельности. Вместе с тем проблема эта имеет известный теоретический интерес: более подробный анализ измененной работоспособности позволит подойти к слож-нейшей проблеме соотношения психической активности и регуляции поведения и может служить показателем при проведении восстановительной работы при выработке трудовых рекомендаций, при психотерапии.

Глава IX

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПСИХИАТРИИ

Разрешая практические задачи в области психоневрологии, данные патопсихологических исследований могут оказаться полезными и при разрешении теоретических вопросов психиатрии.

Дело в том, что в психиатрии феноменологическое проявление нарушенного процесса, как об этом неоднократно указывал Ю. Ф. Поляков, выдается нередко как нарушение самого процесса. Так, например, "резонерство", "разорванность мышления" описаны как механизм самого нарушенного мышления, галлюцинация — как нарушение самого восприятия. Подобные обозначения являются скорее "рабочими", нежели объяснительными.

Между тем данные патопсихологических исследований позволяют подойти к механизмам симптомообразования, вскрывая их синдромальную структуру. Остановимся для примера на двух иллюстрациях. Первая относится к часто встречающемуся симптому галлюцинации..

Галлюцинации . Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства психики при душевных заболеваниях являются галлюцинации.

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет. Галлюцинаторный образ может быть различной модальности. Еще Е. Эскироль писал, что галлюцинант — это "человек, имеющий внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие" (цит. по: В. А. Гиляровский [55]). Это определение Эскироля легло в основу положения, принятого в психиатрии, о том, что галлюцинации возникают без наличия раздражителя.

В психиатрии принято различать понятия иллюзии или галлюцинации. При иллюзорном восприятии имеется раздражитель, но у больного возникает его искаженное восприятие.

В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относятся к категории иллюзий или галлюцинаций.

Содержание характера галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют на них. Галлюцинации могут носить императивный характер: "голос приказывает" больным что-то сделать. Так, одной больной голос "приказал" сжечь свои вещи; другой больной (кассирше) голос "приказал" выбросить деньги; "голоса" бывают устрашающими: они угрожают убить. Под влиянием этих образов, голосов больные совершают те или иные поступки (например, упомянутые больные действительно сожгли вещи, выбросили деньги).

Больные относятся к галлюцинаторным образам как к реально воспринимаемым объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями; нередко больные отрицают наличие галлюцинаций, но их поведение выдает, что они галлюцинируют. Так, беседуя с врачом, больной вдруг говорит "голосу": "Не мешай, видишь, я занят". Другой прогоняет "мышей", которые якобы ползут по его рукаву (при белой горячке). При обонятельных галлюцинациях больные отказываются от еды: "Пахнет бензином, керосином, гнилью".

Больные, как правило, не могут отличить галлюцинаторные образы от образов, получаемых от реальных предметов. Галлюцинаторный образ проецируется вовне. Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа. Он говорит о том, что этот образ находится "направо", что "машина стоит перед окном". Галлюцинаторный образ, как правило, чувственно окрашен: больные различают тембр "голоса", принадлежность его мужчине, женщине, они видят окраску, яркую, темную, маленьких или больших животных. Эта яркая чувственность, проекция вовне мешают наступлению коррекции и роднят галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов. Галлюцинаторный образ возникает непроизвольно, больной не может его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают помимо его желаний, волевых усилий.

И наконец, возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольности. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа не существует. "Как же вы не видите, — возражает больной на уверения врача, — ведь вот стоит собака, вон там, в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот, вот", или: "Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне: подыми руку, подыми руку, — это голос курильщика с хрипотцой". Убеждать галлюцинанта бесполезно — болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния.

Описанию галлюцинаций посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных психиатров. Однако во всех этих работах объяснение этого симптома, так же как и других психопатологических симптомов, всегда осуществлялось, как отмечает Ю. Ф. Поляков [150], в виде анализа конечного результата продуктов психической деятельности; сам же процесс, который этот продукт производит, не изучался.

Для психологов представляет интерес вопрос о природе обманов чувств. Может ли возникнуть образ предмета без наличия какого-то внешнего объекта или нет? Этой проблеме, имеющей психологическое и методологическое значение, посвящено экспериментальное исследование С. Я. Рубинштейн, на котором мы ниже остановимся подробнее.

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Одни авторы понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие — подчеркивали в возникновении галлюцинаций роль отдельных нарушенных участков центральной нервной системы; третьи — видели механизмы галлюцинаций в интенсификации представлений. Близкими к последней концепции являются взгляды Е. А. Попова, выдвинувшего тормозную теорию галлюцинаций.

Основой для этой теория послужили высказывания И. П. Павлова о том, что галлюцинации возникают при наличии гипнотической парадоксальной фазы. Действительно, ряд клинических фактов говорит о наличии тормозного состояния в коре больных. Выявилось, что галлюцинаторные образы усиливаются при засыпании и в момент пробуждения; с другой стороны, прием таких стимулирующих лекарств, как кофеин, фенамин, ослабляет галлюцинирование, в то же время прием тормозящих, например брома, активизирует галлюцинаторный процесс.

Исходя из того положения, что при парадоксальной фазе слабые раздражители приобретают большую силу, чем сильные, А. Е. Попов считал, что представления под влиянием гипноидных фаз интенсифицируются и проецируются как реальные предметы в пространство.

Однако, как замечает С. Я. Рубинштейн [164], прибавление гипноидных фаз не сделало теории интенсификации представлений более убедительной, так как представления не существуют сами по себе вне рефлекторного процесса. Автор правильно указывает, что диалектико-материалистическая теория рассматривает психическую деятельность как отражение действительности, что все формы деятельности человека представляют собой отражение бесчисленных воздействий реальных раздражителей. Тот факт, что в большинстве случаев

невозможно установить непосредственную связь между галлюцинацией и объектом, еще не говорит о его отсутствии. С. Я. Рубинштейн отмечает, что связи между объектом и возникающим образом могут быть сложно замаскированы или опосредованы, они могут представлять собой связи следового порядка, но положение, что первоначальной причиной всякого психического акта является внешнее раздражение, относится и к нарушенной деятельности анализатора. Для доказательства своей гипотезы С. Я. Рубинштейн разработала следующую методику: больным предлагались записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, которые носили предметный характер (шелест бумаги, бульканье воды), характер других являлся неопределенным.

В то время как здоровые испытуемые различали источники звуков, у больных, страдающих или страдавших раньше галлюцинациями, эти эксперименты вызывали обманы слуха. С. Я. Рубинштейн описывает, как одна больная слышала при звуке шелеста бумаги слова: "Ты дрянь, ты дрянь..." Другая слышала рыдания; больной, в прошлом моряк, "слышал" звон склянок, прибой моря. Поведение больных, их действия, суждения были ответными на ложно воспринимаемые звуки. У некоторых больных ложные образы сохраняли известную, хотя и искаженную, связь с источниками звука, у других больных эти связи оказались зафиксированными стереотипными связями. С. Я. Рубинштейн приходит к выводу, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является. затрудненность прислушивания и распознавания звуков [164].

О правомерности положения о том, что затруднения деятельности анализатора облегчают или даже вызывают обманы чувств, говорят факты возникновения галлюцинаций у здоровых людей. В научной литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникали: 1) в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у людей в барокамерах); 2) у слабовидящих и у слабослышащих (но не у слепых и не у глухих).

Эти факты свидетельствуют о том, что условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций. В генезе зрительных галлюцинаций играют также роль сенестопатии, оптико-вестибулярные нарушения проприо– и интерорецепции. Г. А. Абрамович описал больную у которой было ощущение, что ее голова раздувается, правый глаз становится больше; во время этих пароксизмальных припадков у нее возникали зрительные галлюцинации.

Таким образом, в сложном патогенезе галлюцинаций большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов. На основании полученных экспериментальных данных С. Я. Рубинштейн с полным правом утверждает, что неправомерно определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обусловливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде. Автор указывает, что различные раздражители способны возбудить содержание через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользнуть от отчета. Связь образа с наличными раздражителями трудно поддается прослеживанию, она часто маскируется, но существует.

Выводы С. Я. Рубинштейн согласуются с данными экспериментов, проведенных в свое время еще В. М. Бехтеревым. В присутствии больных, страдающих слуховыми галлюцинациями, В. М. Бехтерев применял монотонные звуковые раздражители с помощью метронома и получил следующие результаты: 1) галлюцинации меняли свою проекцию в пространстве соответственно перемещению источника раздражения; 2) раздражители иногда возбуждали галлюцинаторные явления; 3) больные переставали видеть или слышать реальный раздражитель, когда возникал галлюцинаторный образ, несмотря на то что последний был вызван этим раздражителем.

Все эти данные подтверждают положение С. Я. Рубинштейн [164] о том, что наличие раздражителей, вызывающих перегрузку деятельности анализаторов, как внешних, так и внутренних, играет существенную роль в патогенезе обманов чувств.

Это положение очень важно, так как доказывает роль искаженной деятельности в становлении симптома. Именно поэтому, как мы говорили выше, анализ любого психопатологического явления может оказаться полезным не только для вопросов общей психологии, но и психиатрии. Психопатологически измененные процессы (в данном случае восприятия) показывают, что к этим процессам следует подойти как к формам деятельности.

Псевдогаллюцинации . Особый интерес представляет для психологии тот вид галлюцинаций, который носит название псевдогаллюцинации. Они были впервые подробно описаны русским психиатром В. Х. Кандинским и французским психиатром П. Клерамбо.

В книге "О псевдогаллюцинациях" В. Х. Кандинский проводит отличие псевдогаллюцинаций как от истинных галлюцинаций, так и от образов памяти и фантазии: "... в результате возбуждения известных (кортикальных) сенсориальных областей головного мозга в сознании возникают весьма живые и чувственные до крайности определенные образы (т.е. конкретные чувственные представления), которые, однако, резко отличаются для самого восприемлющего сознания от истинно галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто субъективное, однако вместе с тем, как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминаний и фантазий" [80, 44].

В отличие от галлюцинаций псевдогаллюцинации проецируются не во внешнем пространстве, а во "внутреннем" — голоса звучат "внутри головы", больные их слышат как бы "внутренним ухом"; видения воспринимаются "умственным" взором, "духовными очами". Если галлюцинации для больного — сама действительность, то псевдогаллюцинации переживаются как субъективное явление, и больной по-разному к ним относится. Так, описываемый В. Х. Кандинским больной Пашков не испугался псевдогаллюцинаторного льва, хотя и чувствовал прикосновение его лап: он видел его не "телесными, а духовными очами". По словам больного, если бы лев явился в настоящей галлюцинации, он бы закричал и бросился бежать.

Как и галлюцинации, псевдогаллюцинации возможны во всякой чувственной сфере: они могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Но в любом случае они не идентифицируются с реальными предметами и их качествами.

В отличие от воспоминаний и образов фантазии псевдогаллюцинации представляются более отчетливыми и живыми, причем образы являются одновременно в мельчайших деталях, стойкие и непрерывные.

Псевдогаллюцинации возникают спонтанно, независимо от воли больного; они не могут быть произвольно изменены или изгнаны из сознания. При этом отсутствует ощущение собственной деятельности, активности, как это бывает при воспоминаниях, мышлении, фантазировании человека. Часто псевдогаллюцинации носят характер навязанности: они кем-то "сделаны"; больные жалуются, что им "насильно показывают картины", "вызывают звучание мыслей", "действуют помимо воли языком, говорят слова, которые они не хотят произносить"; "руками, ногами, телом кто-то действует" и т.д. Наступает известная деперсонализация: собственная психическая продукция становится чужой.

Так, Л. М. Елгазина [60] описывает больную, которая чувствовала, будто "забирают ее мысли и включают другие". Она же описывает другого больного, у которого истинные галлюцинации сочетались с псевдогаллюцинациями: с одной стороны, он слышит "голоса настоящие" и, с другой стороны, "голоса в голове"; ему внушают плохие слова и мысли, он не может

"распоряжаться своими мыслями"; ему "фабрикуют" неуклюжую походку — он "вынужден" ходить с вытянутыми руками, сгорбившись, не может выпрямиться.

Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, "сделанности" носит название "синдром Кандинского". Основной радикал синдрома Кандинского — это чувство "сделанности" восприятия, мыслей, утрата их принадлежности собственной личности, чувство овладения, воздействия со стороны. Различают три компонента этого синдрома: 1) идеаторный — "сделанность", насильственность, раскрытость мыслей. У больного возникают псевдогаллюцинации слуха, содержащие его собственные мысли. Возникает неприятное чувство "внутренней раскрытости"; 2) сенсорный — "сделанность" ощущений; 3) моторный — "сделанность" движений. Природа этого синдрома недостаточно исследована. Можно предположить, что при псевдогаллюцинациях начинают "оживляться" те темные чувства, о которых писал И. М. Сеченов. Как известно, Сеченов считал, что к ощущениям, исходящим из наших внешних органов чувств, присоединяются еще ощущения, идущие от наших внутренних органов, которые остаются для нас "темными", т.е. неосознаваемыми. При некоторых патологических состояниях эти "темные" чувствования становятся ощущаемыми, и тогда деятельность человека направляется на них; в силу необычности этого состояния эти "темные" ощущения приобретают характер чуждости, "сделанности".

К объяснению псевдогаллюцинаций можно привлечь также положения А. А. Меграбян о гностических чувствах и их расстройствах. А. А. Меграбян [70] предполагает, что в основе этого сложного психопатологического явления лежит нарушение чувствования отнесенности к себе собственной психической продукции, отчуждение психических состояний.

Псевдогаллюцинации мало изучены психологами, между тем исследование этого синдрома внесло бы определенный вклад в решение проблемы сознания и самосознания. Можно указать лишь на работу Т. А. Климушевой [83], которая проводила исследование больных с синдромом Кандинского- Клерамбо. Автор подтверждает гипотезу о патологии гностических чувств, нарушения самовосприятия как основы данного синдрома, экспериментально доказывая, что нет оснований выводить эти явления из расстройств мышления. В экспериментах выявились условия, способствующие и провоцирующие эти болезненные явления. Ими оказались "субъективное ощущение усилия, напряжения выполненной умственной работы, где трудность и ошибка могут быть заметны самому больному" [83, 128].

В качестве другого примера, иллюстрирующего механизмы симптомообразования, является пример выявления соотношения первичных и вторичных образований. Как известно, к этой проблеме Л. С. Выготский обращался неоднократно при исследовании структуры умственной отсталости.

Однако постановка этой проблемы может оказаться продуктивной и при исследовании нарушений личности. Для этого стоит обратиться к материалу, представленному в работе Л. Н. Поперечной [151], которая провела сравнительный анализ социальной адаптации умственно отсталых подростков, обучающихся в спецшколах, и контингента неуспевающих учащихся средней школы.

Проведенное Л. Н. Поперечной экспериментально- психологическое исследование и прослеживание жизни этих детей показал, что учащиеся спецшкол, приобретшие навыки профессионального обучения, хорошо адаптировались к социальной жизни, ее нормативам. Неуспевающие ученики средних школ, поставленные в условия второгодников, двоечников, не получившие никаких трудовых навыков, оказывались в ситуации "униженных", их самооценка становилась заниженной, вырабатывались неадекватные попытки компенсации неполноценности. В результате такой фрустрирующей ситуации эти подростки часто совершали асоциальные поступки, у них появлялись невротические состояния.

Если рассматривать умственную отсталость как первичное явление, то изменение личностной сферы этих ребят следует рассматривать как вторичное. Оно формировалось именно благодаря тому, что социальное окружение (школа, родители) предъявляло к ним (обладавшим неполноценной из-за болезни, измененной ЦНС) слишком жесткие требования. Иными словами, здесь действовало положение С. Л. Рубинштейна о том, что внешние причины действуют через внутренние условия, к которым С. Л. Рубинштейн относил и работу ЦНС.

Приведенный психологический анализ синдромов галлюцинаций и псевдогаллюцинаций и анализ нарушений первичных и вторичных симптомов показывают, что патопсихологические исследования могут оказаться полезными для вопросов психоневрологии.

Данные патопсихологических исследований могут быть полезными и для решения ряда вопросов теории психиатрии: это соотношение общемозговых и локальных нарушений, соотношение органического и функционального факторов. Оба эти вопроса имеют значение не только в теоретическом, но и практическом плане, так как от их разрешения зависит применение фармакологической терапии, психотерапии и психокорелляции.

Вопрос о соотношении органического и функционального имеет особенное значение при анализе больных с "лобным" синдромом, т.е. синдромом, возникающим при поражениях передних лобных отделов мозга и при так называемой "контузионной глухонемоте".

Мы не будем подробно останавливаться на сущности лобного поражения. Различные авторы склонны по-разному трактовать это заболевание. Многие сводят его, как Попельрейтер, к снижению отдельных способностей; иные, как Грюнталь, говорят о невозможности управления мышлением. Все эти концепции останавливаются лишь на одной стороне лобного синдрома. Основным нарушением у "лобного" больного являются нарушение личности, нарушение его отношения к внешнему миру и потеря взаимоотношения с ним. Это глубинное личностное нарушение ведет к нарушению всей системы потребностей больного, т.е. тех аффективно-волевых образований, которые являются побудителями нашей конкретной повседневной деятельности. Эти образования отличаются большой динамичностью, подвижностью, исчезают и появляются, подавляются и заменяются. В их основе могут лежать природные, но в значительно большей степени те социальные мотивы, которые являются источником их возникновения. Однако форма нашей конкретной деятельности обусловливается содержанием и структурой именно этих как бы вторичных потребностей. Личностное нарушение у "лобного" больного, нарушение его потребностной сферы ведет, следовательно, к нарушению всей его деятельности, что проявляется, как было показано в гл. IV, в аспонтанности, нарушении целенаправленности. В своем крайнем выражении это приводит к тому, что поведение лобного больного диктуется не внутренними мотивами, а внешними ситуационными моментами.

Нам кажется целесообразным при описании такого рода поведения применить термин "полевое поведение", или "подчинение психологическому полю", — термин, введенный в психологическую литературу К. Левиным.*

---

* Краткое повторное описание здесь "полевого" (ситуационного) поведения больных с "лобным" синдромом преследует в этой главе иную цель. Если ранее (гл. IV, раздел 7) мы связывали наличие синдрома аспонтанности с нарушением мотивационной сферы целеобразования, то здесь мы хотим показать, какое значение имеет исследование этого синдрома для теории психоневрологии.

Под "психологическим полем" Левин понимает ту конкретную психологическую ситуацию, в которой личность в данный момент находится и которая определяется ее аффективными побуждениями, потребностями. И в нормальной жизни личность, находясь в определенной ситуации, в известной степени ей подчиняется. Каждый человек знает за собой ряд поступков, которые он совершил под влиянием ситуационных моментов; для каждого человека отдельный момент ситуации или вещь может приобрести побуждающее значение, и тогда его

поведение в известной мере тоже является "полевым". Самый банальный пример такого поведения — поведение человека в магазине, когда он покупает совершенно ненужные ему вещи лишь потому, что они попали в поле его зрения. В повседневной жизни мы называем такое поведение импульсивным, необдуманным.

Однако, подчиняясь в известной степени "полю", человек может произвольно менять для себя его значение. При большей дифференцированности нашего сознания, при большей степени интеграции нашей деятельности мы имеем большую возможность управлять ситуацией; "побуждающий характер" вещей зависит в таких случаях от их смысла, т.е. отношения к социальным потребностям. И наоборот, в тех случаях, когда дифференциация потребностей снижается, например при усталости или при больших душевных потрясениях, или же в случаях снижения интеллектуальной деятельности, когда возможность замены, переключения потребностей отпадает, личность подпадает под "власть поля"; не человек стоит над ситуацией, управляя своим поведением, а ситуация довлеет над ним.

Это ситуационное поведение может принимать разные формы. Часто оно выступает лишь в виде подчинения психологическим моментам ситуации, лишая деятельность целенаправленности. В таких случаях мы говорим о внушаемости больных. Иногда же "полевое" поведение принимает характер грубых нарушений и выступает не в виде подчиняемости психологическим моментам, а в форме подчинения отдельным случайным воздействующим на них стимулам. У такого рода больных трудно вызвать выполнение действия при помощи инструкции или просьбы, в то время как внешний раздражитель приводит к ее выполнению. Например, если такого больного попросить прочесть отрывок, он не выполнит такого задания, но стоит ему случайно пройти мимо книжного шкафа, как он тотчас извлекает оттуда книгу и, несмотря на запрет, читает ее. Если такого больного попросить передать карандаш, он начинает писать им, попросить налить в стакан воды — начинает пить из него. Сам по себе предмет вызывает у больного выполнение того или иного действия.

Такого типа поведение, встречающееся при лобных опухолях и тяжелых травмах мозга, может быть расценено как расторможенное, импульсивное, как проявление эмоций, влечений. В действительности же эта импульсивность лишь кажущаяся. Она является не следствием богатства внутренних влечений или импульсов, а следствием пустоты, аспонтанности. Такого рода больные не вступают в контакт с окружающими, часами находятся в безучастном состоянии ко всему, что происходит вокруг них. Если ситуация не вызывает, не провоцирует их деятельности, они не действуют, ибо их поведение всегда бывает лишь ответом на ситуацию, на внешний стимул.

"Полевое" поведение не является специфической особенностью лобного страдания. Оно может выступить при любом органическом заболевании, например при болезни Пика, артериосклерозе и т.п. В этих случаях генез "полевого" поведения иной; оно является следствием интеллектуального снижения, косности потребностей. В подобных случаях для больных существует единственная возможность решения задачи, вытекающая из конкретной структуры данной ситуации. Если такого больного спросить, сколько у него пальцев на ногах, он делает попытку снять носки; задание же назвать количество пальцев означает "сосчитать" их, направить на них свое внимание. Объект, на который направлено внимание больного, приобретает для него "побуждающий характер", или "побуждающее значение". В основе деятельности такого больного лежит "чрезмерная направленность не на задачу, а на действие, приобретающая вследствие патологически измененных потребностей характер косности, где условные отвлеченные отношения заменены конкретными ситуационными.

Иначе протекает "полевое" поведение у лобного больного. Конкретная ситуация, непосредственные отношения с людьми, носящие обобщенный характер, диктуемые тем постоянным местом, которое в жизни субъекта занимает то или иное лицо, отсутствуют. Поведение его диктуется лишь отдельными случайными моментами, входящими в данную

ситуацию. В патологически измененной ситуаций этот внешний случайный момент, иногда даже вещь, становится источником деятельности, вызывая привычные автоматические действия. Каждый предмет может приобрести здесь "побуждающее значение" и влечет за собой выполнение определенной функции. Например, подобный больной начинает независимо от ситуации, увидев спичку, зажигать ее, или, когда к больному на встречу приходит дочь, он не вступает с ней в разговор, а увидев у нее в руках книгу, открывает и начинает читать ее.

"Полевое" поведение такого рода больных внешне упорядочено, его содержание не отличается нелепостью, но реакции скорее лишены всякого смысла, они носят характер автоматического шаблонного действия. Такова в общих чертах характеристика "полевого" поведения лобного больного.

Как указывалось в гл. IV, выраженный синдром "полевого" поведения сочетается в большинстве случаев с симптомом персеверации в деятельности. Казалось бы, "полевое" поведение и персеверация — симптомы, противоречащие друг другу по характеру своих механизмов, ибо персеверация означает "застревание" на прошлой деятельности и предполагает известную косность систем, в то время как "полевое" поведение требует чрезмерной переключаемости.

Однако эти симптомы в действительности однородны в своей структуре. Для того чтобы персеверация могла проявляться и в деятельности, необходимо, чтобы активность больного была доведена до минимума, так как персеверация означает подчинение той ситуации, в которой больной находится, она выражает неумение активно воспринять и образовать новый стимул: персеверации оказываются, таким образом, проявлением аспонтанности. Персеверации и "полевое" поведение являются оборотными сторонами одного и того же явления.

Импульсивность "полевого" поведения и штампованное поведение персеверации смыкаются.

Следует отметить, что описанная симптоматика очень характерна в настоящий момент при лобных травмах и при опухолях лобных долей, в то время как на материале военных лет во время Великой Отечественной войны мы наблюдали этот синдром в выраженной форме лишь в редких случаях, когда травма лобных долей была отягощена воспалительным процессом. Приводим короткую характеристику двух случаев.

С л у ч а й 1. Больной **Як-в** . Ранен 15.VIII.1942 осколком в левую височную долю на границе лобной и теменной кости (больше справа, ближе к средней линии). Потерял сознание. Сразу прекратились движения в правых конечностях, перестал говорить, хотя понимал обращенную к нему речь.

На рентгенограмме "комбинированный" множественный перелом черепа в правой лобной теменной области с дефектом 1 X 1 см, с трещиной, идущей от него. Много костных секвестров, частью вдавленных, частью экстремальных. 24.XI операция — разрез через свищ и инфильтрат теменной области; под кожей масса серых грануляций, по удалении которых обнаружены два костных секвестра наружной пластинки, окруженных грануляциями. Костный осколок лежит свободно среди грануляций. Осколок и секвестр удалены. Ранка в левой височной области быстро зажила. Рана в теменной области продолжала гноиться. 22.I поднялась температура, появились менингиальные симптомы, патологические знаки с обеих сторон. Состояние больного долгое время было тяжелым.

С 15.II.1943 уменьшаются менингиальные симптомы. Состояние больного улучшается. В дальнейшем состояние больного опять ухудшается, появляются менингиальные симптомы; 10.IV больной умирает.

Клинический диагноз: менингоэнцефалит. Данные вскрытия: абсцесс правой лобной доли с прорывом в передний рог правого бокового желудочка (пиоцефалия, базальный гнойный менингит); рубец в области извилины Брока; ограниченный серозный менингит, водянка правого бокового желудочка.

Психологическое обследование больного позволяет выделить два периода: охватывает все время до поднятия температуры. На фоне полной ориентир*первый период*овки, адекватного поведения можно было отметить

медлительность психических процессов, некоторую инактивность мышления, недостаточность целенаправленности. Больной медленно переключался с одного вида деятельности на другой, например, инструкцию перейти от счета к письму он выполнял не сразу, он не застревал на предыдущей деятельности, но была необходима пауза для совершения этого перехода.

У больного было затруднено преодоление автоматизированных процессов: обратный счет месяцев, дней недели, чисел хотя и был возможен, но затруднен.

Инактивность его мышления выявлялась во всех случаях, когда поставленное задание требовало активного напряжения; больной с трудом мог назвать пять предметов красного цвета, пять острых предметов, с трудом мог придумать противоречащие друг другу слова, не мог передать сюжет рассказа.

Целенаправленность больного, его аспонтанность находили свое выражение и в процессе восприятия: больной не передавал сразу сюжета картины, он схватывал лишь отдельные детали, не увязывая их в одно целое, давая поверхностное описание. Например, картину, изображавшую ситуацию пожара, больной описывает так: "Здесь машина едет". Э. — Какая машина? Б. — "Ну, грузовая". Э.: Кто на машине сидит? Б.: "Люди, а это дома, здесь деревья". Лишь после того, как врач направлял его внимание на клубы дыма, на каски пожарных, больной говорил: "Это пожар".

Больной при восприятии рисунков с трудом отделял фигуру от фона, с трудом понимал перспективу: Иными словами, у больного была нарушена *произвольная сторона акта восприятия*. Аспонтанность больного была особенно ярко выражена в поведении: он сидел целыми днями на кровати, мало вступал в контакт с соседями по палате, совсем не интересовался окружающей жизнью.

На фоне этой фронтальной симптоматики, аспонтанности, непроизвольности выступают остаточные явления моторной афазии, выражающиеся в том, что его спонтанная речь несколько затруднена, в отраженной речи выступают затруднения при повторении сложной фразы. Имело место нарушение чтения — больной часто не "схватывал" слова, читал их, повторяя одно и то же слово, по догадке, забегая вперед. Например, отрывок: "Взял Паша у отца шапку. А шапка была ему велика, лезла ему на самый нос". Больной прочитывает: "Взял шапку, отец шапку, а шапка на нос, у отца шапку".

Таким образом, речевые расстройства типа *лобно– афазического характера* были у больного выражены ярче, чем "лобные" нарушения в деятельности. С больным была возможна работа по восстановлению речи.

Второй период начался с поднятием температуры. У больного начали нарастать общемозговые явления: из больного, хотя и аспонтанного, но с адекватным поведением, с которым возможна восстановительная работа, он превращается в заторможенного, загруженного.

Аспонтанность его достигает своего апогея. Инактивность его мыслительных процессов нарастает: те задания, при которых он раньше испытывал затруднения, сейчас становятся почти недоступными. Если он раньше, хотя и с трудом, но все же называл пять предметов красного цвета, то теперь он не в состоянии выполнить это задание; если он раньше при описании картины не мог уловить общего смысла, то теперь он совершенно не может описать ее содержание: о картине, изображающей пожар, он говорит: "Не знаю, куда-то едут".

Целенаправленное действие его заменяется персеверациями: если он рисовал подряд несколько кружков, то ему трудно перейти к рисунку треугольника. У больного наступает вследствие персеверативных тенденций, распад структуры. Наряду с персеверациями у больного резко выступает "полевое" поведение в самом выраженном виде: экспериментатор просит его передать спичку другому больному; он берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее — требуемого действия не выполняет. Когда экспериментатор предлагает больному полотенце, чтобы вытереть руки, больной опять-таки не выполняет инструкцию: он аккуратно складывает полотенце; когда больного просят подать стакан воды, он начинает пить из него воду. *Вместо целенаправленной деятельности выступают манипуляции вещами*; вместо волевого акта имеет место выполнение того, "что требует вещь".

Все поведение больного определяется, таким образом, не внутренним стимулом, существенным для данной ситуации, а лишь предназначением вещи как таковой независимо от ситуации, в которой она воспринимается больным. Это "полевое" поведение становится основным синдромом нарушения, который "покрывает" всю остальную его симптоматику. Характеризовать поведение больного такими понятиями, как инактивность, аспонтанность, становится явно недостаточным, ибо основное нарушение — это грубейшее нарушение самой структуры его деятельности. Восстановительная работа с ним становится явно невозможной, хотя афазическая симптоматика у больного не нарастала.

Таким образом, нарастание патологического процесса привело к тому, что нарушение, которое выступило вначале как обычный симптом аспонтанности, приобретает характер ярко выраженного распада структуры деятельности, штампованных действий, которые столь характерны при опухолях и травмах мозга; говоря иначе, в первом периоде нарушение мозга было скомпенсировано. Нарастающий абсцесс вследствие резкого давления, которое он оказывал на лобные доли, или вследствие отека, а может быть, и вследствие токсического влияния вызвал декомпенсацию, давшую столь пышную психопатологическую симптоматику.

Анализ данного случая позволяет осветить проблему, а именно: почему грубая симптоматика штампов, персевераций и "полевого" поведения так редко выступает при огнестрельных ранениях мозга (см.: Неврология военного времени. Под. ред. акад. Н. И. Гращенкова. М., 1949) и столь часто наблюдается при опухолях и обычных травмах мозга.

Персеверации, "полевое" поведение являются реакцией мозга в целом. Свидетельствуя о нарушении интегративной функции мозга, эта симптоматика может выступать, как мы уже отметили выше, при различных органических нарушениях, например при артериосклерозе, прогрессивном параличе; она может обнаружиться и в случаях отсутствия патологического процесса, когда речь идет лишь о функциональных динамических изменениях мозга, например при большой усталости, истощаемости. И все же несмотря на такой "диффузный", "генерализованный" характер этот симптом "полевого" поведения, персевераций является наиболее типичным при поражениях лобных долей. Нарушения глубинных личностных установок, всей системы потребностей, вызывая нарушение деятельности, порождая аспонтанность, приводят неминуемо в тяжелых случаях к крайнему выражению этой аспонтанности — к "полевому" поведению. Однако, как показывает наш материал, одного ограниченного поражения лобных долей недостаточно для вызывания столь грубой симптоматики. Даже при выраженной аспонтанности подчиняемость ситуационным моментам не принимала столь грубой формы — манипуляции вещами. "Полевое" поведение подобных больных выражалось в подчинении ситуационным моментам. Компенсаторные механизмы мозга очень велики, и потому, если травма падает на полноценный молодой мозг, она не приводит к столь грубым симптомам.

В приведенном примере речь шла не об ограниченном лобном поражении. Здесь травматическое поражение мозга сопровождалось воспалительным процессом, который вызвал общемозговые динамические нарушения интоксикационного характера.

Поэтому здесь, следовательно, правильнее сказать о системном, или об общемозговом, нарушении, которое лишило мозг возможности компенсации и дало возможность проявиться грубой психопатологической симптоматике — персеверации и "полевому" поведению. Для выявления ее необходимо, следовательно, отягощение мозга в целом. Локальная "лобная" симптоматика могла выступить лишь при наличии общемозговых нарушений, которые мешали компенсации.

Такое же соотношение локального и общемозгового фактора мы наблюдаем и при лобных опухолях, где как интоксикационные моменты, так и моменты давления особенно ярко выражены.

Исходя из вышесказанного становится понятным, почему и лобные травмы в настоящий момент так часто вызывают грубую симптоматику (персевераций, штампов), не являющуюся характерной для травм военных лет (см.: Неврология военного времени. Под. ред. акад. Н. И. Гращенкова. М., 1949): Травмы мозга в настоящий момент в ряде случаев падают на биологически неполноценный мозг (отягощенный склерозом, алкоголем). Момент отягощения в этих случаях играет в структуре образования грубой лобной симптоматики ту же роль, что воспалительные процессы в приведенных нами случаях, т.е. роль тех общемозговых динамических нарушений, при наличии которых "локальная" лобная симптоматика приобретает столь резко выраженную и очерченную форму.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что описанные нарушения мыслительной деятельности "лобного" больного однозначны с теми, которые можно наблюдать при анализе действий, поступков больного; в их основе лежат личностные изменения, выражающиеся в нарушении строения деятельности. Отсутствует стойкое отношение к окружающей действительности, к своему "Я". Это нарушение можно расценивать как особую форму нарушения сознания.

Анализ соотношения общемозговых и локальных факторов позволил подойти к широкому кругу вопросов теории психоневрологии. Назовем лишь некоторые из них. Прежде всего, это изучение активности. Как указывают исследования С. Я. Рубинштейн, значительная роль в выраженной аспонтанности больных принадлежит истощаемости, которая была, в частности, обнаружена при работе больных в трудовых мастерских [162]. Их поведение сопоставлялось с данными клиники и катамнеза. С полным правом С. Я. Рубинштейн указывает, что именно анализ подобной истощаемости указывает на ее связь с, трудовыми установками больного. Основную группу больных, страдавших психической истощаемостью, составляли больные с закрытыми травмами черепа. И это не случайно. Здесь выступало на передний план отношение к труду. Оно было у них адекватным, целеустремленным, что позволило им преодолеть определенные трудности. Была выявлена неосознаваемая установка больных. С. Я. Рубинштейн пишет, что, "не имея раны, не страдая какими-нибудь локальными поражениями, они часто чувствовали себя вынужденными отстаивать и утверждать свое право на болезнь. Более подробное клиническое исследование обычно подтверждало обоснованность субъективных жалоб больных на головную боль, плохое самочувствие, слабость" [162, 95].

Вышеописанные исследования дают возможность для применения различных видов психокоррекционных мероприятий, а главное, они явились доказательством того, что именно создание продуманных градуированных, индивидуально подобранных способов восстановления нарушенных функций является необходимым условием для успешной коррекции. Об этом свидетельствуют и дальнейшие исследования А. Б. Халфиной [189] и Т. С. Кабаченко [78].

Другой важной проблемой является проблема соотношения органического и функционального факторов в структуре неврозов, психопатии, реактивных состояний.

Дело в том, что до сих пор нет единого мнения относительно генезиса этих явлений. Одни авторы считают, что подобные состояния в основном конституционально обусловлены (Э. Кречмер, П. Б. Ганнушкин); другие придают большее значение органической "почве" (Г. Е. Сухарева); третьи больше акцентируют их психогенную природу (О. В. Кербиков, Г. К. Ушаков, Б. Д. Карвасарский, М. М. Кабанов).

Мы не собираемся в данной книге разрешить эту проблему, а хотим лишь подчеркнуть ее сложность, на что в свое время в годы Великой Отечественной войны указывал невропатолог Л. Б. Перельман, наблюдая больных с контузией головного мозга с развивающейся глухонемотой. Он констатировал, что хотя постконтузионная глухонемота является преимущественно психогенным страданием, все же на каком-то этапе этого страдания выступает некоторая "органическая почва", в разных периодах этого заболевания переплетение органического и психогенного проявляется по-разному.

В современной психологической литературе нередко высказывалась мысль, что постконтузионная глухонемота является частным симптомом коммоционных нарушений, которые называют коммоционной болезнью.

В противовес этому мнению ряд авторов придерживаются того взгляда, что постконтузионную глухонемоту следует рассматривать как проявление реактивного состояния личности.

Психологическое исследование больных с постконтузионным нарушением слуха и речи помогает осветить этот вопрос; в ряде случаев оно может свидетельствовать о том, имеют ли место у этих больных те нарушения, которые присущи коммоционным, т.е. органическим состояниям.

Принято считать, что изменения психических функций, выступающие при коммоциях мозга, являются диффузными общемозговыми нарушениями. Обычно их квалифицируют как общемозговую слабость, как снижение мозговой деятельности. Однако экспериментальные и клинические исследования показывают, что это мнение не является правильным отражением и объяснением того, что происходит при коммоциях мозга. В действительности эти нарушения гораздо разнообразнее.

В зависимости от интенсивности коммоции от различных патогенетических моментов эти нарушения принимают вид нарушений памяти, интеллекта; временами коммоция поражает аффективно-волевую сферу, вызывая аспонтанность, вялость, часто эти нарушения выступают в виде нарушений гнозиса.

Таким образом, при коммоциях мозга проявляется самая разнообразная картина нарушений, начиная с нарушений, которые можно наблюдать при травмах с локальными знаками, и кончая нарушениями при таких диффузных органических заболеваниях, как склероз мозга и т.д.

И все же несмотря на эту, казалось бы, разнообразную картину при коммоциях мозга можно уловить ведущую, характерную особенность, которая присуща только им. Два момента характерны для изменений психических функций при коммоциях мозга:

1. нарушения отдельных психических функций развиваются на измененном фоне (оглушенности, большой истощаемости), из которого они вырастают, от которого они неотделимы;
2. отдельные психические нарушения более непосредственно вырастают из общих динамических нарушений, нежели это бывает при других травмах мозга; они первичнее, менее выводимы из психологических надстроек.

При открытой травме черепа речь идет об избирательных нарушениях, которые могут быть поняты как следствие более широких системных нарушений, как следствие психологической надстройки: например, расстройство восприятия при лобных нарушениях мозга может быть выведено из расстройства мотивации, из аспонтанности больного. Но, образовавшись, это расстройство восприятия развивается согласно своим закономерностям. Динамика изменений отдельной функции идет часто впереди изменений той "почвы", из которой она выросла.

Иначе при коммоциях мозга: те нарушения отдельных психических функций, которые здесь выступают, лишены избирательного характера, они являются проявлением тех общих динамических сдвигов, которые вызваны в организме травмой.

В литературе указывается на то, что в случаях коммоции речь идет о нарушениях ликвородинамики и кровоснабжения, о коллоидных сдвигах, которые выступают в виде общемозговых явлений. В психологическом эксперименте эти нарушения выступают в виде большой истощаемости, замедленности психических процессов. При определенных патогенетических условиях, при известной интенсивности эти общемозговые явления теряют свой диффузный характер и превращаются в очерченный синдром нарушений памяти, гнозиса, для которых, однако, остаются характерными те же черты истощаемости и снижения психического тонуса, которые отличают весь коммоционный синдром в целом.

Таким образом, определенный очерченный синдром — нарушение определенной функции — является лишь по- особому оформленным проявлением диффузного общемозгового

нарушения. Поэтому колебания в общемозговом тонусе, проявляющиеся, например, в психической истощаемости, неизбежно отражаются и в структуре этой частной функции.

Вопрос, в каких случаях диффузное изменение психических процессов, выступающее в истощаемости, вялости и замедленности психического тонуса, проявляется в расстройствах частных психических функций, выходит за пределы нашего анализа. Нам хотелось бы лишь в нескольких словах указать, как такое нарушение, как истощаемость, может принять характер ограниченного нарушения, например нарушения восприятия. Последнее приобретает характер диффузности: больной не может дать точного определения того изображения, которое ему предъявляют; например, изображение летчика он определяет как "человек"; вишню — как "ягода", лошадь — как "животное", т.е. больной ограничивается общими определениями, заменяя вид родом и т.д. Иными словами, у этих больных нарушены процессы узнавания.

Известно, что одним из условий деятельности человека является протекание процессов во времени, благодаря чему отдельные элементы превращаются в процессы (акт запечатлеваемости — в логическое запоминание, акт восприятия — в узнавание). Восприятие тяжелых коммоционных больных лишено этого динамического компонента. Процессы восприятия страдают в результате того, что они не преломляются через призму прежнего конкретного опыта. Такого рода больные не соотносят воспринимаемое с известной категорией; процесс восприятия превращается в процесс отгадывания. Нарушение восприятия в данном случае является не проявлением локального нарушения, а своеобразным видом мнестических нарушений, своего рода преддверием амнестического симптомокомплекса.

В большинстве случаев коммоций нарушения не принимают характера очерченных симптомов и остаются в виде диффузных нарушений — в виде истощаемости, замедленности функций с преимущественным нарушением мнестико-интеллектуальных процессов.

Дальнейшей отличительной чертой при коммоциях мозга является характер течения заболевания. Для коммоций мозга больше, чем для какого то ни было другого заболевания, характерно регрессивное течение. Острые явления коммоций проходят, исчезают; сглаживаются нарушения отдельных психических функций, на первый план выступают остаточные явления в виде истощаемости и астенизации.

Однако регрессивность не является отличительной чертой коммоций — она присуща и течению других травм.

В то время как регрессивное течение при открытых травмах идет за счет механизмов компенсации, за счет каких-либо других функциональных систем особенностью коммоций является постепенное исчезновение остроты симптомов. Если при открытых травмах возможна качественная перестройка на основе компенсации, то регрессивное течение при коммоциях мозга выражается в количественном снижении нарушений, в постепенном спонтанном восстановлении психического тонуса. Другая отличительная черта, которая свойственна нарушениям при открытой травме, — это неравномерный процесс восстановления. Иначе при коммоциях: восстановление отдельных функций происходит равномерным путем. Не отдельная функция как таковая начинает восстанавливаться, а весь мозг в целом начинает работать с более высоким тонусом и меньшей истощаемостью. Подобная особенность наблюдалась в случаях постконтузионной глухонемоты. Всего нами было исследовано 117 случаев с постконтузионными нарушениями речи и слуха. В 23 случаях было отмечено наличие коммоционной психологической симптоматики (I группа). У остальных больных наличие коммоционной (органической) симптоматики не выявилось. Больные II группы, у которых был обнаружен коммоционный симптом, имели остаточные неврологические симптомы. Но тех резких нарушений, о которых мы говорили выше, среди больных этой группы не наблюдалось. Ни в одном из случаев мы не видели картины корсаковоподобного состояния или резкого нарушения восприятия; симптоматика этих больных сводилась лишь к истощаемости, замедленности психических функций, синдрому астенизации.

Очевидно, коммоция в данном случае не достигла той степени интенсивности, когда общемозговые факторы вырастают в отдельные системные очерченные нарушения. Синдром коммоций остался у этих больных в своем аморфном, первичном состоянии.

Резче всего у подобных больных выступает синдром психической истощаемости, который проходит красной нитью через исследование самых различных функций. Эта истощаемость может найти самое разнообразное количественное выражение. Если взять у 10 больных среднее арифметическое количество времени, необходимое для решения определенного задания, то можно увидеть, что оно значительно меняется в зависимости от того, проводится ли эта задача в начале, в середине или конце длительного периода времени (40-45 мин), заполненного интеллектуальной работой. Например, больному предлагается задача: назвать в течение 2 минут ряд слов, начинающихся с какой-нибудь буквы. Анализируя ответ, можно видеть, что количество слов в конце рабочего промежутка резко падает по сравнению с началом — получим резко ниспадающую кривую. Этот убывающий характер кривой свидетельствует об истощаемости речевой активности больного.

Аналогичную картину истощаемости показывает и ассоциативный эксперимент; если для продукции ассоциативного ряда в 12-15 слов в начале рабочего промежутка понадобилось 20-25 с, то под конец опыта необходимое для этого время вырастает до нескольких минут.

Особенно резко этот симптом истощаемости наступает при исследовании памяти. Вообще, память является очень чувствительным индикатором при различных мозговых нарушениях. При коммоциях мозга нарушения мнестических функций вырастают в кардинальный симптом и являются тем отправным пунктом, тем основным нарушением, из которого могут быть поняты все остальные нарушения. Наоборот, в случаях постконтузионной глухонемоты не выявилось, как уже было сказано, резких нарушений мнестических функций. Они выступают в виде известной забывчивости, некоторой неточности запоминания. Такие больные не забывают каких-либо событий, а лишь путают их, у них нет нарушений узнавания, отсутствует лишь точность его; они то помнят, то забывают даты личной или общественной жизни.

Нарушения памяти выступают здесь не в виде самостоятельного стойкого синдрома, а в виде динамического нарушения, которое носит зачастую аморфный характер; оно трудноотличимо от нарушений внимания, целенаправленности, установки. Часто эти нарушения больше переживаются самим больным в плане субъективном и не находят отражения в объективном исследовании.

Иными словами, нарушения памяти являются здесь индикатором общих динамических нарушений в той стадии, когда они еще не потеряли характера диффузности и не перешли в очерченный синдром. Нарушение памяти является здесь лишь показателем истощаемости.

Об этом ярче всего свидетельствует кривая запоминания. Если больному предлагалось для запоминания 10 слов, то после многократного повторения мы получаем нарастание воспроизведения этих слов. Изображая этот процесс запоминания в виде кривой, мы получим нарастающую кривую.

При различных мозговых повреждениях характер кривой меняется; так, например, при лобных поражениях нарастание удержанных слов происходит чрезвычайно замедленно: кривая приобретает характер плато. В ряде других заболеваний, где страдание поражает аффективно- волевую сферу больного, вызывая взрывчатость, лабильность эмоциональной сферы, кривая памяти носит изогнутообразный характер, отражая лабильность эмоциональных процессов.

В наших случаях кривая памяти принимала своеобразный характер: она сначала поднималась, а затем начинала постепенно падать, отражая тем самым истощаемость мнестических процессов больного. Характерно, что при проверке стойкости мнестических следов у этих

больных (повторение удержанных слов не непосредственно после их предъявления, а через 10-15 мин), количество репродуцированных слов падает еще резче. Нарушения памяти, забывчивость больного являются в этих случаях проявлением истощаемости больного.

Мы не имели возможности отметить среди этой группы больных нарушений интеллектуальной сферы, но вследствие большой истощаемости эта сфера больного была недостаточно продуктивна; вследствие большой психической истощаемости такие больные были не в состоянии сразу охватить существенное, переключить свое внимание и поэтому не могли, например, осмыслить сюжета рассказа или картины.

Вследствие склонности к истощению у этих больных оказывалось нарушенным и восприятие: при описании сюжета картины они останавливались на мелочах, которые уводили их от основного, описывали лишь то, что находилось непосредственно перед их глазами; это нарушение очень часто напоминало гностические дефекты, возникающие при поражении лобных долей мозга, однако с той разницей, что при лобном нарушении последние вытекали из стойкого нарушения мотивов, активности; в данном же случае они являлись лишь проявлением истощаемости. Доказательством этого служит тот факт, что нарушения усиливались в конце эксперимента.

Анализ подобной группы больных приводит, таким образом, к следующему: 1) лишь в 19,6%, т.е. в 23 случаях из 117, постконтузионной глухонемоты имела место психологическая коммоционная симптоматика. В остальных случаях (80,4%) ее установить не удалось; 2) коммоционная симптоматика при постконтузионной глухонемоте выражается в истощаемости, замедленности психических функций, в синдроме астенизации личности; 3) эта истощаемость может принять характер нарушений памяти, расстройств внимания, восприятия; 4) однако эта коммоционная симптоматика носит слабо выраженный характер; ни в одном случае интенсивность ее не достигает такой степени, чтобы она приняла вид системных нарушений; нарушения памяти, восприятия не становятся очерченными, стойкими нарушениями, они остаются лишь индикаторами истощаемости, сохраняют характер динамических, лабильных нарушений.

Если после вышесказанного вернуться к вопросу о природе постконтузионной глухонемоты, то можно утверждать, что в подавляющем большинстве *это страдание не является коммоционной болезнью*. В 80,4% не было выявлено контузионной симптоматики, интеллектуальные процессы интактны; нельзя было обнаружить также и симптомов истощаемости, замедленности.

Однако было бы неправильным сделать вывод, что в этих случаях речь идет о совершенно полноценных людях, *у которых изолированно, оторвано от всего остального фона выступает резко выраженный моносимптом — нарушение речи, слуха*. Неверно считать, что если в этих случаях отсутствует коммоционная симптоматика, то этот симптом нарушения речи и слуха не коррелирует с какими-то другими психическими изменениями личности. Более правомерным является вывод о том, что если нарушения слуха и речи не являются в данном случае индикатором коммоции мозга, то они являются показателями иных существенных нарушений.

Психологическое исследование показало, что среди 117 обследованных нами больных можно выделить довольно значительную группу (группа II), охватывающую 28 случаев (т.е. 24%), *в которых были ярко представлены нарушения аффективно-волевой сферы* при отсутствии какой бы то ни было коммоционной симптоматики.

Клиника этих больных характеризуется нарушениями эмоциональной сферы, поведение их неуравновешенно, они взрывчаты, малейшее огорчение выводит их из себя; они плохо подчиняются режиму отделения. Однако зачастую нарушения эмоциональной сферы не выявляются в столь открытом виде, они бывают завуалированы, незаметны и выступают в

виде легкой ажурной микросимптоматики, которую можно выявить лишь путем создания экспериментальных условий, вскрывающих личностные изменения. В таких случаях эксперимент должен вызывать ситуацию конфликтности, колебания эмоциональной сферы.

Одним из таких экспериментов является опыт, который вызывает психическое пресыщение. Как известно, этот эксперимент заключается в том, что больному предлагается какое-либо монотонное задание, например длительно рисовать черточки или кружки. Длительное выполнение такого задания быстро начинает становиться тягостным для каждого человека, поэтому всякий испытуемый старается разнообразить это монотонное занятие и начинает варьировать его выполнение. Вариации бывают разного рода: временами они принимают чисто внешний характер — черточки становятся то больше, то меньше, меняется их направление. Вариации могут носить и иной характер — человек не отрывается от работы, но начинает насвистывать, напевать, разговаривать безотносительно к заданию. Роль и значение этих вариаций двоякая: являясь симптомами пресыщения, они являются в то же время и своеобразными профилактическими мероприятиями личности против наступающего пресыщения.

В наших исследованиях больные (II группа) совершенно не справлялись с этим экспериментом, они не включали в задание никаких облегчающих монотонность вариаций, но и не могли спокойно продолжать его; они становились беспокойными, жаловались на усталость, движения их были резкими, нетерпеливыми. Экспериментатор убеждал больного в том, что опыт проводится для выяснения его выдержки. Этот стимул, который обычно вызывает потребность к деятельности хотя бы на короткий срок, не действовал на наших больных. Они становились все более беспокойными, и в конце концов приходилось прерывать эксперимент.

Таким образом, эту группу можно трактовать как больных с неустойчивой аффективной сферой. Более детальный анамнез показывает, что и преморбидной личности их были свойственны некоторая лабильность, склонность к фиксации своих переживаний. Контузия вызвала эмоциональную травму, которая пала, следовательно, на предуготованную почву и вызвала к жизни те механизмы, которые были присущи этим больным и ранее.

В этих случаях *нарушения слуха и речи следует рассматривать не как изолированный симптом, а как реакцию всей личности в целом*. Нарушения аффективной сферы, реактивное состояние личности принимали часто форму психотического состояния. Среди больных имела место немногочисленная группа, статус которой напоминал психические картины состояния "псевдоступора" и псевдодеменции.

У некоторых больных глухонемота протекала на фоне какого-то ступорозного состояния; эти больные лежали целыми днями в кровати в неподвижном состоянии, другие сидели в неудобной позе, не реагируя на раздражители, не повертывая головы, не изменяя позы. В одном из этих случаев мы имели возможность наблюдать нечто вроде симптома восковой гибкости.

При исчезновении основного симптома глухонемоты обычно исчезало и состояние ступора; как только этого рода больные начинали слышать, они сразу оживлялись: исчезала амимичность их лица, движения становились направленными.

Если состояние "псевдоступора" идет параллельно с проявлением глухонемоты и при снятии последней исчезает, то псевдодементный статус развивается во время обратного течения нарушений речи и слуха. Более того, это состояние иногда даже усиливалось сразу после их исчезновения. Поведение такого больного неадекватное: у него ясно выражен симптом "мимо-говорения": на вопрос, как его зовут, он может ответить, что обедал. Он отказывается отвечать на простые вопросы; не может сказать, есть ли у него мать, дети; заявляет, что забыл имена близких. Нелепые ответы часто сочетаются с нелепыми действиями, с пуэрильностью,

дурашливостью в поведении: так, например, один из больных на просьбу показать язык пытается "вынуть" его руками изо рта, другой все время рассказывал про свою привязанность к собакам, гладил изображение собаки на карточке, убегал с карточкой в палату, прятал ее под подушку.

Это состояние больного, которое очень напоминает псевдодементный статус, еще резче подчеркивает реактивную природу этого заболевания, еще раз показывает, что у данной группы больных заболевание можно свести к общей аффективной реакции личности.

Может создаться такое впечатление, что к проблемам постконтузионных нарушений речи и слуха возможно подходить с двоякой трактовкой: с одной стороны, рассматривать как следствие коммоционного состояния, в ряде же других случаев расценивать как реактивное состояние.

Такая трактовка вопроса неправильна. Наше рассмотрение охватывает еще одну большую группу больных, у которых психологическое исследование не обнаружило каких-либо нарушений (III группа-66 человек, или 56,4% всего состава больных). В то время как основной симптом — глухонемота — у этого рода больных резко выражен, коммоционная симптоматика у них отсутствует: нет нарушений памяти, истощаемости, замедленности психических функций. Следовательно, можно сказать, что среди этой большой группы больных не наблюдалось коммоционных явлений. С другой стороны, у этой группы не наблюдалось и резких нарушений аффективно-волевой сферы. Их поведение вполне упорядочено, они не отличаются возбудимостью, не вступают в конфликт с окружающим, психологическое исследование не обнаруживает отклонений от нормы.

Однако, если. глубже проанализировать состояние этих больных (мы исключаем из анализа те несколько случаев явной аггравации, которые были предметом нашего специального обследования), можно отметить, что преморбидная личность их выявляет некоторые особенности. В большинстве случаев это были люди с неустойчивым характером, несколько раздражительные, которые быстро реагировали на малейшую неприятность, были склонны к взрывчатым реакциям. В детстве они отличались большой впечатлительностью, склонностью к "застреванию" на своих переживаниях, к усилению впечатлений. Клиническое исследование этих больных указывает на то, что большинство из них было склонно к усиленным вегетативным реакциям: у многих из них были кровотечения, вегетативные сдвиги. Речь шла, следовательно, не только о лабильной психике, но и о лабильной вегетатике.

Если после всего сказанного дать ответ на поставленный выше вопрос: является ли постконтузионная глухонемота органическим заболеванием, то можно сказать, что: 1) в большинстве случаев она таковым не является; лишь в незначительном количестве случаев (19,6%) выражена легкая коммоционная симптоматика: в огромном большинстве случаев (80,4%) она отсутствует; 2) постконтузионная глухонемота является особой формой реактивного состояния личности. Анализ наших случаев показывает, что у большинства больных имело место нарушение аффективно-волевой сферы; в ряде случаев это нарушение находило свое отражение в статусе больного, принимало резко выраженную окраску и могло быть непосредственно вскрыто в эксперименте (II группа); у других эти нарушения аффективно-волевой сферы могли быть вскрыты только путем анализа преморбида (III группа).

Значит ли это, что у больных II и III группы совершенно отсутствовала коммоция? На этот вопрос нельзя дать однозначный ответ, так как больные обследовались нами не непосредственно, а лишь спустя несколько месяцев после травмы. Одно можно сказать с достоверностью, что если у этих больных и имело место сотрясение мозга, то, судя по истории болезни и неврологическим данным (отсутствие записей о каких-либо признаках коммоций на первых этапах), это состояние коммоций быстро проходило, не оставляя симптомов органических нарушений, в то. время как основной симптом — глухонемота — надолго

оставался. Коммоция мозга не играла здесь роли этиологического фактора. В этих случаях она вызывала астенизацию личности, в результате которой реактивное состояние выступало резче и дольше держалось. Иными словами, и в данных случаях причиной глухонемоты являлось реактивное состояние больного, но эта реакция смогла выступить благодаря состоянию астенизации, вызванному коммоцией. Последняя предуготовила почву для реактивного состояния.

Коротко резюмируя, можно сказать, что глухонемота не выражает собой только выпадение функции речи и слуха; ее нужно рассматривать как проявление реактивного состояния всей личности в целом. То, что реактивное состояние приняло форму нарушения слуха и речи, объясняется природой травмирующего агента.

Личность реагирует не случайными формами поведения. Последнее всегда обусловлено природой травмирующей ситуации — в данном случае акустической травмой. Недаром мы имеем в наших случаях ничтожное количество случаев немоты без наличия глухоты. Нарушения речи являлись вторичными, производными, в то время как нарушения слуха можно расценивать как *первичную реакцию на акустическую травму*.

За тот факт, что постконтузионная глухонемота является функциональным заболеванием, говорит и характер ее обратного развития. И в случаях глухонемоты мы имеем регрессивное течение, однако оно совершенно иного характера, чем при коммоциях мозга; в то время, как при коммоциях мозга больной *постепенно* выходит из своего состояния, выход из глухонемоты бывает большей частью очень *резким*, внезапным.

Если после вышесказанного перейти к методу восстановления слуха и речи, то становится ясным, что он должен быть совершенно иным, чем при органическом заболевании. С этой точки зрения особенно интересно провести дифференциальный анализ между принципами восстановления речи в описанных нами случаях и случаях травматической афазии.

Нарушение речи при афазии предполагает нарушения некоторых существенных предпосылок речи. Поэтому восстановление речи афазика невозможно без глубокой перестройки этих нарушений. В наших случаях предпосылки к речи интактны. Дефект коренится здесь, как мы выше указали, в личностных изменениях и психогенных моментах, которые мешают речи. В то время как восстановление афазического нарушения речи происходит медленно, шаг за шагом, содержит отработку звуков, слогов, обучение же в случаях постконтузионных нарушений не имеет самодовлеющего значения. Место обучения занимают методы психокоррекции, отвлечения и убеждения. Для этого применимы любые приемы, начиная с логопедических и кончая методом внушения.

Другим отличительным моментом в обучении речи постконтузионного больного является отношение больного к своему обучению. В то время как при восстановлении афазического расстройства овладение речевым процессом должно стать актом осознанного действия, при восстановлении постконтузионного нарушения речи необходимы отвлечение, переключение больного на другие болезненные явления, например временно переключать его на другие, менее серьезные, жалобы или дефекты, которые легко снимаются лечением. В таких случаях больной подробно излагает свои жалобы и убеждается косвенным образом, что он в состоянии говорить, и надо лишь укрепить больного в данном убеждении.

Однако есть случаи, где показана специальная восстановительная работа, — это случаи, когда речь восстанавливается не сразу, а восстановление проходит через фазу какого-то речевого затруднения, например через заикание.

Нарушение речи при постконтузионной глухонемоте часто связано с наличием большого напряжения, спазмами в артикуляторном аппарате. Имеющие место гиперкинезы, неправильное дыхание вызывают заикание, "спотыкание". Поэтому приходится упражнять

координацию артикуляторных движений с процессами дыхания, учить больного говорить на выдохе и т.д.

Иногда приходится применять специальные, принятые в логопедии, приемы для снятия заикания — учить больного протяжной речи, иногда применять приемы постановки определенного звука. Однако при логопедической восстановительной работе нужно учесть одно принципиальное положение: логопедические приемы не могут быть ведущим методом обучения — они должны быть лишь тем вспомогательным средством, которое включается в общую систему психокоррекции. Поэтому в этих случаях нельзя останавливаться лишь на восстановительном процессе в области речи, снимая гиперкинезы артикуляторного аппарата, а надо снимать присущие больному гиперкинезы вообще.

Существенно и то, что эти логопедические упражнения должны быть очень кратковременными; они должны занимать мало времени и должны быть включены в общий процесс психотерапии. В противном случае может наступить фиксация больного на своем дефекте. Таким образом, анализ процесса восстановления постконтузионной глухонемоты еще раз подтверждает психогенную природу этого заболевания, поэтому как его диагностика, так и терапия должны исходить из такого представления о его природе.

Если попытаться расчленить симптом глухонемоты на оба "слагаемых" — глухоту и немоту, проследив их течение и восстановление, то можно сказать, что глухонемота является как бы более органическим симптомом, а немота — более функциональным. Об этом говорит и то положение, что симптом глухонемоты труднее снимается, нежели симптом немоты. И еще одно наблюдение: восстановление речи происходит полностью, в то время как в большинстве случаев глухота не полностью снимается; очень часто больные не освобождаются полностью от своего дефекта — глухоты, у них остается понижение слуха на одно ухо.

В заключение необходимо остановиться еще на одной особенности — соотношении органических и функциональных моментов в течение постконтузионной глухонемоты.

Все наше исследование указывает на то, что постконтузионная глухонемота является реактивным состоянием личности аффективно лабильной и неустойчивой.

Если во многих случаях (группа I) и имели место вегетативные расстройства и астенизация, которые можно рассматривать как следствие коммоции, т.е. органического заболевания, то и в этих случаях ведущим заболеванием было реактивное, все течение, исход заболевания определялся его психогенным характером.

Однако мы имели возможность наблюдать ряд случаев, правда немногочисленных, где функциональное расстройство до того тесно переплеталось с органическим, что трудно было установить границу перехода. Вопрос о взаимоотношении функционального и органического факторов очень обширен, и поэтому остановимся лишь на частном случае — переплетении афазического функционального расстройства речи.

Среди наших случаев было несколько таких, где после снятия глухонемоты оставались такие нарушения речи, которые выходили за пределы функционального расстройства и которые не снимались обычными методами психотерапии. Для примера приведем краткие данные из истории болезни двух таких больных.

Больной **М-в** получил ранение в мягкие ткани левой височной доли. Потерял сознание на несколько часов. Когда пришел в себя, отметил потерю речи и слуха. После нескольких сеансов суггестивной терапии больной стал слышать и говорить.

Но у больного остались некоторые нарушения, которые не могли быть объяснены психогенным характером заболевания и которые укладывались в картину афазического расстройства речи; у него имели место компоненты амнестической афазии, больной забывал названия предметов, особенно в спонтанной речи; этот дефект не был

снят при восстановлении речи, было лишь небольшое улучшение, далее, у этого больного имело место нарушение фонематического слуха, т.е. такое нарушение восприятия речи, которое обычно является следствием органического поражения височной доли.

Характерным для данного течения болезни является известная диспропорция между степенью расстройства речи и исчезновением симптомов. Поражало то обстоятельство, что имевший место симптом амнестической афазии был вначале довольно интенсивно представлен, а через несколько дней работы с больным этот симптом можно было расценить как легкие остаточные явления амнестической афазии.

Эта диспропорция объясняется именно наличием функциональных моментов. Афазические нарушения были сами по себе незначительными, они усилились благодаря функциональным наслоениям; последние привели к тому, что афазические расстройства (в данном случае элементы амнестической афазии) зафиксировались, усилились и приняли более очерченную структуру. С другой стороны, быстрое снятие этих симптомов можно было тоже объяснить психогенными моментами: снялось то, что было утрировано, стушевались элементы фиксации и в картине заболевания остался органический остов. Психогенный момент сыграл в данном случае роль усилителя.

Сходную картину мы наблюдали у больного Д. Больной был ранен в левую теменную область, потерял сознание. Когда очнулся, не мог говорить. Обращенную к нему речь понимал хорошо. Его речь стала восстанавливаться, но больной не мог громко говорить.

И у данного больного имели место явления амнестической афазии: как и предыдущий больной, Д. забывал названия слов, у него была нарушена плавность течения мыслей, он не мог удержать сложного ряда слов, фраз. С больным проводилась работа по восстановлению речи, которая заключалась в суггестивной терапии.

Приведенные данные могут служить доказательством того, что патопсихологическое исследование имеет значение не только для выбора мер коррекции, но и для теории психоневрологии. Вместе с тем оно сближает проблемы патопсихологии и нейропсихологии.

Глава X

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПСИХОЛОГИИ

Исследования в области патопсихологии имеют большое значение для многих общетеоретических вопросов психологии. Остановимся лишь на некоторых из них.

А. Один из них касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. Современная психология преодолела взгляд на психику как на совокупность "психических функций". Познавательные процессы — восприятие, память, мышление — стали рассматриваться как различные формы предметной, или, как ее называют часто, "осмысленной", деятельности субъекта. В работах А. Н. Леонтьева показано, что всякая деятельность получает свою характеристику через мотивацию. Следовательно, роль мотивационного (личностного) фактора должна быть включена в характеристику строения всех наших психических процессов. П. Я. Гальперин, создавший теорию поэтапного формирования умственных действий, включает в качестве первого этапа формирование мотива к решению задачи. Все эти положения советской психологии нашли свое выражение в общетеоретических установках. Однако, как мы говорили выше, их трудно экспериментально доказать, имея дело с сформировавшимися процессами. В генетическом плане это легче сделать (П. Я. Гальперин,

А. В. Запорожец). В известном плане эта возможность представляется и при анализе различных форм нарушений психической деятельности.

Очень четко это было выявлено в исследовании патологии восприятия Е. Т. Соколовой [174]. Было показано, как под влиянием различно мотивированной инструкции процесс восприятия выступал то в виде деятельности. То действия, то операции. Сам процесс выдвижения гипотез и само их содержание меняются под влиянием мотивации.

Еще более четко выступает мотивационный компонент в строении нарушенного мышления. Как было указано в гл. VII, такое расстройство мышления, как "разноплановость", как тенденция к актуализации не упроченных в прошлом опыте свойств и связей, является выражением изменения его мотивационного компонента. Экспериментально-психологические исследования выявили, что при разных нарушениях мотивационной сферы выступают различные формы нарушенного мышления (Б. В. Зейгарник, Талат Мансур Габриял). Иначе говоря, "фактором", "ответственным" за многие проявления познавательной деятельности, является "мотивационная смещенность" больных. Этот факт имеет принципиальное значение: он доказывает, что все наши процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными, личностно мотивированными.

Б. Вторым вопросом общетеоретического значения, для разрешения которого кажется целесообразным привлечение патологического материала, является вопрос о соотношении биологического и психологического в развитии человека, вопрос, который сейчас широко дискутируется на многих симпозиумах и конференциях. Нам кажется, что привлечение разных форм аномалии может оказаться полезным при разрешении этой проблемы. Остановимся на двух видах изменений психической деятельности, которые были приведены в гл. IV. Приведенные данные показали, что хотя биологические особенности болезни и психологические закономерности развития постоянно участвуют в формировании патологических симптомов, например патологических мотивов, потребностей, их роль при этом принципиально различна.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности (механизмы), во многом сходные с закономерностями нормального психического развития. Однако болезненный процесс (алкогольная энцефалопатия, нарастающая инертность при эпилепсии и т.п.) создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия функционирования психологических механизмов, которые приводят к искаженному патологическому развитию личности.

Тем самым биологические особенности болезни не являются прямыми, непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, т.е. играют роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности. Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной науки. А. Н. Леонтьев подчеркивает, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий формирования психических функций. Основное условие их формирования — это овладение миром предметов и явлений, созданных человечеством. Те же два условия действуют и в патологическом развитии, но их отношение значительно изменяется. Мы уже отмечали положение С. Л. Рубинштейна [158] о том, что внешние причины преломляются через внутренние условия. Однако если при нормальном развитии внешние причины (социальные воздействия в широком смысле слова) приводят к адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и отсюда к формированию и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

При некоторых заболеваниях все менее действенными становятся потребности, мотивы, требующие для своего удовлетворения сложной организованной деятельности, определяющими становятся те потребности, которые могут удовлетворяться малоопосредованными действиями, строение которых приближает их к влечениям (при алкоголе). В других случаях на первый план выступали изменения тех свойств психической деятельности, которые обеспечивают регуляцию поведения, целенаправленности (больные с повреждениями лобных долей мозга). Как мы видели, исследование самооценки, уровня притязаний этих больных позволило выявить, что изменения намерений и потребностей приводили к ослаблению цели действий и что критическая оценка результатов собственных поступков нарушалась (Б. В. Зейгарник [68], И. И. Кожуховская [87]).

Из вышесказанного не следует, что механизмы и мотивы человеческой деятельности следует изучать через анализ патологически измененной психики. Наоборот, патопсихологические исследования показывают, что деятельность здорового человека отличается от больного. Прямой перенос особенностей личности больных на типологию здорового человека неправомерен.

Этот тезис важен не только при разрешении теоретических вопросов, но и при построении экспериментальных психологических приемов. Так же, как и при анализе психологической деятельности, при выборе методов исследований должен быть сохранен принцип анализа: от закономерностей здоровой психики к патологии.

В. Для решения вопроса о соотношении биологического и социального большую роль играет освещение вопроса о соотношении развития и распада психики, на котором мы хотим подробнее остановиться.

Проблема соотношения распада и развития психики имеет большое значение для теории психологии и психиатрии, для понимания строения психической деятельности человека.

Г. Е. Сухарева [181] неоднократно указывала на необходимость эволюционно-биологического подхода при разрешении теоретических вопросов. Л. С. Выготский [50], уделивший много внимания проблеме развития и созревания психики ребенка, подчеркивал, что для правильного освещения этой проблемы необходимы знания данных о распаде психики. Он подчеркивал при этом, что когда речь идет о развитии и созревании человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть просто продолжен, так как при переходе к человеку законы биологической эволюции уступают место закономерностям общественно-исторического развития. Продолжая мысль Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьев [114] говорит о том, что развитие человека заключается не в приспособлении к окружающей среде, а в усвоении всего того, что накоплено человечеством.

Возникает вопрос о том, может ли проблема соотношения распада и развития психики решаться в психологии так же, как и в биологии.

Как известно, исследованиями в области патологической анатомии и цитоархитектоники установлено, что при болезнях мозга прежде всего поражаются молодые, т.е. филогенетически наиболее поздно развившиеся, образования коры головного мозга.

Экспериментальные исследования И. П. Павлова [161] и его сотрудников на животных подтверждают положение о том, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, приобретенные условные рефлексы разрушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные. Дальнейшими исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности установлено, что поражение более поздних в

филогенетическом отношении образований влечет за собой ослабление их регулирующей роли и приводит к "высвобождению" деятельности более ранних.

Из этих данных нередко делается вывод, что при некоторых. болезнях мозга поведение и действия человека совершаются на более низком уровне, соответствующем якобы определенному этапу детского развития. Исходя из концепции о регрессе психики душевнобольного человека на более низкий в онтогенетическом отношении уровень, многие исследователи пытались найти соответствие между структурой распада психики и определенным этапом детства. Так, еще в свое время Э. Кречмер [98] сближал мышление больных шизофренией с мышлением ребенка в пубертатном возрасте.

Выступивший на XVIII Международном конгрессе (1966 г.) психологов известный швейцарский ученый Ж. де Ажуриагерра тоже отстаивал точку зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития.

В основе этих взглядов лежит идея о послойном распаде психики от ее высших форм к низшим. Материалом, питающим эти представления, были следующие наблюдения: 1) при многих заболеваниях психики больные перестают справляться с более сложными видами деятельности, сохраняя при этом простые навыки и умения; 2) некоторые формы нарушений мышления и способов поведения больных по своей внешней структуре действительно напоминают мышление и поведение ребенка на определенном этапе его развития.

Однако при ближайшем рассмотрении эти наблюдения оказываются несостоятельными. Прежде всего далеко не всегда при болезни обнаруживается распад высших функций. Нередко именно нарушения элементарных сенсомоторных актов создают основу для сложных картин болезни (А. Р. Лурия [124]).

Рассмотрение второй группы фактов показывает, что речь идет в этих случаях лишь о внешней аналогии.

Рассмотрим некоторые из них. Остановимся на нарушениях навыков, поскольку их онтогенетическое формирование выступает особенно четко. Данные С. Я. Рубинштейн [158], исследовавшей распад различных навыков — письма, чтения, привычных действий у психически больных позднего возраста, выявили их различную структуру. При заболеваниях сосудов головного мозга без очаговой симптоматики наблюдались дискоординация, прерывистость действий и парапраксии, неловкость движений, выступавших из-за огрубевшей и запаздывающей корковой коррекции движений [162].

У больных, страдающих болезнью Альцгеймера (атрофическое заболевание головного мозга), выявляется утеря двигательных стереотипов (письма, чтения), выпадение сложных человеческих умений, обусловленное утерей прошлого опыта. Никаких компенсаторных механизмов у них выявить не удавалось, в то время как нарушения навыков у больных сосудистыми заболеваниями мозга выступали "в обрамлении" компенсаторных механизмов (которые в свою очередь усложняли картину нарушений). Следовательно, распад навыков носит сложный характер. В одних случаях его механизмом является нарушение динамики, в других — нарушение компенсаторных механизмов, в некоторых случаях нарушается сама структура действия. При всех этих формах нарушений навыков не был обнаружен механизм действия, напоминающий этап развития навыков у ребенка.

К этому же выводу приводит анализ (см. гл. VII) различных форм нарушений мышления. Обратимся к тем формам патологии мышления, которые были нами обозначены как "снижение уровня обобщения". Больные (в основном с грубыми органическими поражениями мозга) могли, действительно, в своих суждениях и действиях напоминать детей младшего школьного возраста. В суждениях подобных больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях при выполнении ряда экспериментальных заданий, таких, как

"классификация предметов", они руководствуются конкретно-ситуационными признаками и свойствами предметов. Обобщенные формы систематизации понятий заменяются конкретными, ситуационными связями.

При поверхностном взгляде мышление этих больных является в известной мере аналогом мышления детей- дошкольников, которые тоже опираются на образно- чувственные связи.

Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами, в то же время он владеет запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребенок, не обладая запасом знаний, широким кругом связей, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциации ребенка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление маленького ребенка действительно охватывает лишь малую часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребенка оно постоянно совершенствуется; благодаря мощной ориентировочной деятельности, общению с окружающими людьми ребенок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Несмотря на внешнее сходство структуры мышления взрослого слабоумного больного и ребенка, она по существу качественно различается.

Нередко проводится аналогия между тем патологическим состоянием, которое может быть названо "откликаемостью" больного и отвлекаемостью маленького ребенка. Больные с "откликаемостью" не в состоянии стойко действовать в направлении намеченной цели. Любой объект, любой раздражитель, к больному адресованный, вызывает повышенную реакцию с его стороны.

Подобная "откликаемость" взрослых больных является отклонением от нормального поведения. В окружающей среде всегда имеются объекты, раздражители, из которых нормальный психический процесс отбирает нужные и отвлекается от посторонних, нарушающих стройное течение мысли. У описанных же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

"Откликаемость" взрослых больных может напоминать отвлекаемость детей младшего возраста, которые тоже отвлекаются на любые раздражители. Сторонники взгляда, что болезненные явления представляют собой регресс на более ранние ступени развития, могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов. В действительности генез "отвлекаемости" ребенка совершенно иной. В ее основе лежит мощная ориентировочная деятельность, т.е. высокая степень бодрственной коры, поэтому "отвлекаемость" ребенка обогащает его развитие, она дает ему возможность образовать большое количество связей, из которых вырастает потом человеческая целенаправленная деятельность. "Откликаемость" больных является следствием снижения бодрственности коры, она не только не обогащает их умственную деятельность, но, наоборот, способствует разрушению ее целенаправленности.

И наконец, можно было бы провести аналогию между поведением некритичного больного (например, больного прогрессивным параличом) и беззаботным поведением ребенка. Однако и в данном случае речь идет лишь о чисто внешней аналогии. Поведение маленького ребенка в том отношении бездумно, что он не может в силу маленького объема своих знаний предусмотреть результат своих действий; причинно-следственные отношения между явлениями для него еще не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследуют ребенка, ограничены, они не включены в более общую сложность цепь отношений; однако эта ограниченная цель у маленького ребенка существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть

элементарной) и в этом смысле оно всегда мотивировано, целенаправленно. Эти цели быстро меняются, поэтому его действия кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у взрослых некритичных больных. Как показывает наш экспериментальный материал и клинические наблюдения, действия больных недостаточно обусловливались личностными установками и намерениями. Цель их действия становилась нестойкой и не направляла их действия, критическая оценка своих действий отсутствует. Таким образом, и эти формы нарушения поведения лишь внешне напоминают структуру поведения ребенка на определенном этапе его развития.

Психологический анализ клинического материала показывает, что структура поведения и мыслительной деятельности взрослого больного не соответствует структуре поведения и мышления ребенка.

Если обратиться к закономерностям развития психических процессов по этапам детства (младенчество, преддошкольный, дошкольный, младший, средний, старший школьный возраст и т.д.), с одной стороны, и к формам распада — с другой, легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к построению психических особенностей, свойственных этим этапам.

Такое положение вещей вытекает и из общих положений советской психологии. Психическая деятельность возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей в результате воспитания, обучения и общения.

Советские психологи (А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия) неоднократно подчеркивали, что материальным субстратом высших психических функций являются не отдельные корковые участки или центры, а функциональная система совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы не созревают самостоятельно при рождении ребенка, а формируются в процессе его жизнедеятельности, лишь постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. А. Н. Леонтьев предлагает (вслед за А. А. Ухтомским) обозначить их как "функциональные органы".

Эти положения коренным образом меняют наши представления о сущности развития психики: психические процессы и свойства личности не являются (в отличие от психики животных) результатом созревания отдельных участков или зон мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от образа жизни ребенка.

Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторить закономерности развития. Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада.

Как было указано выше, данные распада психической деятельности могут оказаться полезными при освещении вопроса о социальном и биологическом в развитии человека. Ряд исследователей вслед за Э. Кречмером считают, что психические заболевания приводят к "высвобождению" врожденных инстинктов (агрессивных тенденций), и биологических "низших" потребностей, что деградация личности означает некое "высвобождение" биологических (наследственных) потребностей. Приведенный в гл. IV материал показал, что нарушение личности заключается не в освобождении биологических потребностей (потребность в алкоголе или морфии не является ни органической, ни врожденной по своему происхождению), а в распаде строения потребностей, сформировавшихся прижизненно. Деградация личности состоит в том, что меняется строение самой общественно

обусловленной потребности: она становится менее опосредованной, менее осознанной, теряется иерархическое построение мотивов, меняется их смыслообразующая функция, исчезают дальние мотивы. Анализ нарушений строения мотивов при некоторых заболеваниях может служить дополнительным аргументом к словам А. Н. Леонтьева, высказанным им за "Круглым столом" "Вопросов философии" (1972, № 9, с. 112), а именно, что человек "отнюдь не ограничивается тем, что удовлетворяет свои потребности, заложенные неизвестно сколько миллионов лет назад. Он действует ради достижения целей, часто очень далеких от первичных биологических потребностей".

Резюмируя, следует подчеркнуть, что психологический анализ различных форм нарушений деятельности психических больных является ценным материалом, который должен быть учтен при построении психологической теории, особенно при изучении столь сложного вопроса, как строение потребностно-мотивационной сферы человека. Сказанное отнюдь не означает, что следует выводить закономерности развития и формирования мотивационной сферы здорового человека из закономерностей развития мотивов и личностных особенностей больного, как это делается в психологии личности в зарубежных странах. Наоборот, патологический материал показывает различие в иерархии и смыслообразовании мотивов больного и здорового человека. Исследование аномалий личностной и познавательной деятельности доказывает общее положение советской психологии, что формирование любой формы деятельности не вытекает непосредственно из мозга, а проходит длинный и сложный путь прижизненного формирования, в котором переплетаются восприятие естественных свойств и отношений предметов и явлений, общественный опыт и социальные нормы.

В заключение следует остановиться на перспективах патопсихологии. Как видно из всего вышесказанного, эти перспективы значительно касаются как теоретического, так и практического аспектов. Широта этих перспектив объясняется многими факторами, усугубляются те задачи, которые всегда ставились перед патопсихологией (вопросы экспертизы, диагностики, анализ состояния), круг практических задач расширяется: это и психокоррекционная деятельность, работа, связанная с реформой школы, задачи, связанные с профилактикой *профвредности*.

Возрастает значение патопсихологии для теоретических вопросов психологии. Не случайно большинство ведущих психологов использовали данные патопсихологических исследований при разрешении своих теоретических проблем (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, В. Н. Мясищев, П. Я. Гальперин, А. Р. Лурия, Л. И. Божович).

Так, всемирно известное исследование А. Н. Леонтьева об опосредованном характере высших форм памяти было проведено с больными корсаковским синдромом. Как Клапаред, так и А. Н. Леонтьев доказали, что при этом синдроме речь идет о нарушении воспроизведения, а не о слабости формирования следов — положение, которое в дальнейшем было развито А. Р. Лурия и Н. К. Корсаковой.

При обосновании своего знаменитого метода "двойной стимуляции" А. Н. Леонтьев использовал данные исследований умственно отсталых детей. Таким образом, Л. С. Выготский и А. Н. Леонтьев рассматривали материал патологии как один из методов исследования психической деятельности.

В недавно вышедшей книге "Биология и медицина" (М., 1985) Б. Ф. Ломов также прибегает к материалу патологии для доказательства того, что "ломка личности" не является прямым следствием заболевания, а связана с социально-личностными факторами и отношением человека к окружающей действительности, его ценностными ориентациями.

Важным оказалось и то, что созданные психологами методики оказались чрезвычайно полезными для многих не только теоретических, но и практических задач патопсихологии. Так, метод "двойной стимуляции" (А. Н. Леонтьев), метод пиктограмм (А. Р. Лурия) получили

широкое распространение в практике патопсихологии не только для исследования памяти, но и для регулирующей функции мышления и критичности больных.

Таким образом, приведенный краткий обзор связи психоневрологии и психологии указывает на перспективу развития патопсихологии. Залогом реализации этой перспективы является, на наш взгляд, следующее обстоятельство. Как мы говорили выше, патопсихология выросла из недр психоневрологии, но ее практические выводы и данные всегда освещались теорией. Конечно, очень часто эмпирические факты, реальные требования жизни опережают их научную обоснованность, но сам факт поисков научной обоснованности становится залогом развития этой области знания. В некоторых случаях научное положение опережало практику — и тогда представители патопсихологии искали подтверждение своих положений. Это неизбежная диалектика развития любой науки, особенно прикладной.

Патопсихология не только прикладная ветвь психологической науки. Она в известной мере междисциплинарная, граничащая с медициной, социологией. При проведении системных исследований (а патопсихология их проводит) следует помнить, что изучаются не только разные стороны каких-либо явлений (например, мышления), а выделяется главный фактор, позволяющий изучить целостность данной системы.* Таким целостным фактором является для патопсихологии анализ больного человека в реальной жизненной ситуации. Поэтому патопсихологическое исследование нацелено всегда на реального человека.

---

* Об этом пишет В. М. Мунипов, касаясь психологии и эргономики в книге "А. Н. Леонтьев и современная психология" (М., 1983).

Второе, на что хотелось бы обратить внимание: естественно, что методы психологии совершенствуются, вносятся в исследования количественные показатели, необходимой становится известная схематизация, некоторое полезное привносится из зарубежной психологии, где психологическая служба широко представлена. Однако данные методических приемов, привлекаемые для объяснения многих явлений, являются "психологическим", "личностным", "человеческим" фактором, и поэтому следует всегда критически относиться к их методологической основе.

Литература

1. *Маркс К., Энгельс Ф*. Соч., т. 3.
2. *Маркс К., Энгельс Ф*. Соч., т. 20.
3. *Маркс К., Энгельс Ф*. Соч., т. 23.
4. *Маркс К., Энгельс Ф*. Соч., т. 46, ч. 1.
5. *Ленин В. И*. Полн. собр. соч., т. 29.
6. *Абульханова-Славская К. А*. Деятельность и психология личности. М., 1980.
7. *Агаджанянц К. С*. Индуцированное помешательство (folie a deux) и психическая зараза. — В кн.: Обозрение психиатрии. СПб., 1903, № 10, 11.
8. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. М., 1982.
9. *Ананьев Б. Г*. Избранные психологические труды. М., 1980.
10. *Анастази А*. Психологическое тестирование, т. 1, 2. М., 1982.
11. *Аири В*. Обзор работ по экспериментальной психологии за 1896-1897 гг. В кн.: Обозрение психиатрии. СПб., 1898, № 1.
12. *Анцыферова Л. И*. Системный подход к изучению и формированию личности. — В кн.: Проблемы психологии личности. М., 1982.
13. *Асеев В. Г*. Мотивация поведения и формирование личности. М., 1976.
14. *Асмолов А. Г*. Деятельность и установка. М., 1979.
15. *Асмолов А. Г*. Личность как предмет психологического исследования. М.,1984.
16. *Аствацатуров М. И*. О проявлении негативизма в речи. — В кн.: Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. СПб., 1907, № 3.

17. *Бассин Ф. В.* Проблема бессознательного. М., 1968.
18. *Бежанишвили Б. И.* Исследование эмоционально-волевой сферы психически больных методом "уровня притязаний". — В кн.: Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967.
19. *Бежанишвили Б. И.* О психологической природе корсаковского амнестического синдрома. Тбилиси, 1968.
20. *Бейн Э. С.* Афазия и пути ее преодоления. М" 1964.
21. *Белозерцева В. И.* Значение школы В. М. Бехтерева в становлении патопсихологии. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1973, № 12.
22. *Белозерцева В. И.* Вклад школы В. М. Бехтерева в патопсихологий. Автореф. канд. дис. М., 1975.
23. *Белозерцева В. И.* Нарушения ассоциативной деятельности. — В кн.: Проблемы психофизиологии. Диагностика нарушений и восстановление психических функций человека, ч. 2. (Тезисы к VI Всесоюзному съезду психологов СССР). М., 1983.
24. *Бернштейн А. Н.* Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., 1911.
25. *Бехтерев В. М.* Психика и жизнь. СПб., 1904.
26. *Бехтерев В. М.* Объективная психология, вып. 1. СПб., 1907.
27. *Бехтерев В. М.* Объективное исследование душевнобольных. — Обозрение психиатрии, 1907, №10,11,12.
28. *Бехтерев В. М.* Основные принципы так называемой объективной психологии или психорефлексологии. — В кн.: Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. СПб., 1910, № 10, 11.
29. *Бехтерев В. М., Владычко С. Л.* Об экспериментальнообъективном исследовании душевнобольных. СПб., 1911.
30. *Бехтерев В. М.* Институт по изучению мозга и психической деятельности. Докладная записка и план организации, разработанные акад. В. М. Бехтеревым совместно с Н. М. Щеловановым и предоставленные на рассмотрение Гос. комиссии по Просвещению 17 мая 1918 г. — Вестник психологии, криминальной антропологии и педологии, 1919, вып. 1.
31. *Бехтерев В. М.* Объективное исследование больной личности как основа патологической рефлексологии. — Научная медицина, 1922, № 9.
32. *Бехтерев В. М.* Мозг и его деятельность. М.-Л., 1928.
33. *Бехтерев В. М.* Воспитание умственной активности. — Вестник знания, 1928, № 23, 24.
34. *Биренбаум Г. В.* К вопросу об образовании переносных и условных значений слов при патологических изменениях мышления. — В кн.: Новое учение об апраксии, афазии и агнозии. М.-Л., 1934.
35. *Блейлер Е.* Аутистическое мышление. М., 1911.
36. *Блейхер В. М.* Экспериментально-психологическое исследование психически больных. Ташкент, 1971.
37. *Богданов Е. И.* Изменение зрительного восприятия больных шизофренией. — В кн.: Психологические исследования, вып. 3. М., 1971.
38. *Бодалев А. А.* Восприятие и понимание человека человеком. М., 1982.
39. *Бодалев А. А.* Личность и общение. М., 1983.
40. *Божович Л. И.* Личность и ее формирование в детском возрасте. М. 1968.
41. *Бондарева Л. В.* Взаимоотношения непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией. — В кн.: Психологические исследования, вып. 3. М., 1971.
42. *Братусь Б. С.* Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. М" 1974.
43. *Братусь Б. С., Сидоров П. И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М" 1984.
44. *Брушлинский А. В.* (ред.). Мышление: процесс, деятельность, общение. М., 1982.
45. *Бурлачук Л. Ф.* Исследование личности в клинической психологии. Киев, 1979.
46. *Василюк Ф. Е.* Психология переживания. М., 1984.
47. *Величковский Б. М.* Современная когнитивная психология. М., 1982.
48. *Викулова Л. В.* Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
49. *Вилюнас В. К.* Психология эмоциональных явлений. М., 1976.
50. *Выготский Л. С.* Избранные психологические исследования. М., 1960.
51. *Выготский Л. С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.
52. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений, т. 1-6. М., 1982-1984.
53. *Габриял Мансур Талат*. Самооценка как метод изучения личности. — В кн.: Доклады конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1982.
54. *Гальперин П. Я.* Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. — В кн.: Исследование мышления в советской психологии. М., 1966.
55. *Гиляровский В. А.* Психиатрия. М., 1954.
56. *Гульдан В. В.* Исследование некоторых механизмов регуляции поведения при психопатиях. Автореф. канд. дис. М., 1975.
57. *Давыдов В. В., Зинченко В.П.* Принцип развития в психологии. — В кн.: Диалектика в науках о природе и человеке. М., 1983.
58. *Дубинин Н. П.* Наследование биологическое и социальное. — Коммунист, 1980, №11.
59. *Евлахова Э. А.* Особенности восприятия сюжетов художественных картин учащимися вспомогательных школ. Автореф. канд. дис. М., 1958.
60. *Елгазина Л. М.* О синдроме психического автоматизма Кандинского. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т. 54, вып. 9. М., 1954.
61. *Заде А.* Основы нового подхода к анализу сложных систем и процессов принятия решений. — В кн.: Математика сегодня. М., 1974.

62. *Зейгарник Б. В., Биренбаум Г. В*. К проблеме смыслового восприятия. — Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, т. IV, вып. 6. М., 1935.
63. *Зейгарник Б. В., Гальперин П. Я*. Психологические изменения после лейкемии у шизофреников. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т. 17, вып. 4. М., 1948.
64. *Зейгарник Б. В*. Патология мышления. М., 1962.
65. *Зейгарник Б. В*. Личность и патология деятельности. М., 1971.
66. *Зейгарник Б. В., Кабаченко Т. С., Поперечная Л. С., Рубинштейн С. Я., Халфина А. Д*. Психологический подход к профессиональным рекомендациям больным. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1974, № 12.
67. *Зейгарник Б. В*. К вопросу о механизмах развития личности. — Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1979, № 1.
68. *Зейгарник Б. В., Братусь Б. С*. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
69. *Зейгарник Б. В*. Теория личности К. Левина. М., 1981.
70. *Зиновьев П. И*. Роль психологического эксперимента в психиатрии. — Современная психиатрия, август 1912.
71. *Зинченко В. П., Смирнов С. Д*. Методологические вопросы психологии. М., 1983.
72. *Иванова А. Я*. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
73. *Иванова И. И., Асеев В. Г*. Методология и методы психологического исследования. — В кн.: Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1969.
74. *Иванова А. Я*. "Обучающий эксперимент" как метод оценки умственного развития детей (методические рекомендации). М., 1973.
75. *Изард К*. Эмоции человека. М., 1980.
76. *Ильин А. В*. Опыт экспериментального исследования процесса сосредоточения у слабоумных. — Обозрение психиатрии, 1908, № 8, 9.
77. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М*. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
78. *Кабаченко Т. С*. Особенности учебной деятельности студентов, больных некоторыми формами шизофрении. Автореф. канд. дис., М., 1977.
79. *Калита Н. Г*. Уровень притязаний у здоровых и больных эпилепсией. — В кн.: Психологические исследования, вып. 3. М., 1971.
80. *Кандинский В. X*. О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
81. *Карева М. А*. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте. Автореф. канд. дис. М., 1975.
82. *Киященко Н. К*. Апробация методики ТАТ. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
83. *Климушева Т. А*. Клинико-психологическое исследование больных параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
84. *Коган В. М*. Восстановление речи при афазии. М., 1963.
85. *Коган В. М., Коробкова Э. А*. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебнотрудовой экспертизы. М., 1967.
86. *Кожуховская И. И*. О необходимости дифференцировать понятие "критичность". — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1972, № 11.
87. *Кожуховская И. И*. Критичность психических больных. — Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972.
88. *Кон И. С*. Открытие "Я". М., 1978.
89. *Кон И. С*. Дружба. М., 1980.
90. *Кононова М. П*. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. М., 1963.
91. *Коркина М. В., Карева М. А*. Клинико-психологический аспект патологии психической деятельности при синдроме вторичной нервной анорексии. — Тезисы докладов конференции "Проблемы патопсихологии". М., 1972.
92. *Корнилов А. П*. Нарушения целеобразования у психически больных. Автореф. канд. дис. М., 1980.
93. *Коробкова Э. А*. Проблемы экспертизы трудоспособности и диагностики пограничных состояний. М., 1939.
94. *Корсаков С. С*. Болезненные расстройства памяти и их диагностика. М., 1890.
95. *Корсаков С. С*. К психологии микроцефалии. — Вопросы философии и психологии, кн. 1. М., 1894.
96. *Костикова В. В*. Психологический анализ жалоб больных в сопоставлении с объективными клиническими и экспериментально-психологическими данными (о так называемой "внутренней картине болезни"). — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
97. *Коченов М. М., Николаева В. В*. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
98. *Кречмер Э*. Медицинская психология. М., 1927.
99. *Критская В. П*. Особенности статистической организации речевого процесса больных шизофренией. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1966, № 1.
100. "Круглый стол". — Вопросы философии, 1972, № 9.
101. *Курек Н. С*. Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения. Автореф. канд. дис. М., 1982.
102. *Лазурский А. Ф*. Влияние естествознания на развитие психологии. — Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1900, № 8, 9.

103. *Лебединский М. С*. Об особенностях нарушений психики при поражении правого полушария. — В кн.: Проблемы современной психиатрии. М., 1945.
104. *Лебединский М. С., Мясищев В. Н*. Введение в медицинскую психологию. М.-Л., 1966.
105. *Лебединский В. В*. Нарушение движений и действий у больных с поражением лобных долей мозга. Автореф. канд. дис. М., 1967.
106. *Лебединский В. В*. Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, № 6, с. 841-846.
107. *Лебединский В. В*. Роль асинхронии развития и формирования патопсихологических симптомов ранней детской шизофрении. — Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1980, № 1.
108. *Леонгард К*. Акцентуированные личности. Киев, 1981.
109. *Леонтьев А. Н*. Советская психология после Постановления ЦК ВКП(б) "О педологических извращениях в системе Наркомпросов" от 4 июля 1936 г. — Советская педагогика, 1946, № 7.
110. *Леонтьев А. Н*. Проблемы развития психики. М., 1965.
111. *Леонтьев А. Н*. Потребности, мотивы и сознание. — XVIII Международный психологический конгресс. Симпозиум 13. М., 1966.
112. *Леонтьев А. Н*. О некоторых перспективных проблемах советской психологии. — Вопросы психологии, 1967, № 6.
113. *Леонтьев А. Н*. Проблема деятельности в психологии. — Вопросы философии, 1972, №9, 11, 12.
114. *Леонтьев А. Н*. Деятельность, сознание, личность. М., 1975.
115. *Леонтьев А. Н., Кринчик Е. П*. Переработка информации человеком в ситуации выбора. — В кн.: Инженерная психология. М., 1964.
116. *Личко А. Е*. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Л., 1976.
117. *Личко А. Е*. Психопатии и акцентуации характеров у детей и подростков. Л., 1983.
118. *Ломов Б. Ф*. Теория, эксперимент и практика в психологии. — Психологический журнал, 1980, № 1.
119. *Ломов Б. Ф*. Личность в системе общественных отношений. — Психологический журнал, 1981, т. 2, № 1.
120. *Ломов Б. Ф*. К проблеме деятельности в психологии. — Психологический журнал, 1981, т. 2, № 5.
121. *Лонгинова С. В*. "Пиктограмма" как метод исследования расстройств мышления при шизофрении. — Ж. невропатологии и психиатрии им: С. С. Корсакова, 1972, № 11.
122. *Лонгинова С. В., Рубинштейн С. Я*. О применении метода "пиктограмм" для экспериментального исследования мышления психических больных. М., 1972.
123. *Лурия Р. А*. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М., 1944.
124. *Лурия А. Р*. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
125. *Лурия А. Р*. Мозг человека и психические процессы. М., 1970.
126. *Лурия А. Р., Хомская Е. Д*. Лобные доли и регуляции психических процессов. М., 1966.
127. *Лурия А. Р., Цветкова Л. С*. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.
128. *Мазур Е. С*. Смысловая регуляция деятельности. Автореф. канд. дис. М., 1983.
129. *Маржецкий М*. К вопросу о процессах суждения в экспериментально-психологической постановке их анализа. — Обозрение психиатрии, 1913, № 8-12.
130. *Меграбян А. А*. О природе индивидуального сознания. Ереван, 1959.
131. *Меграбян А. А*. Теоретические проблемы "психопатологии". Ереван, 1967.
132. *Меерович Р. И., Кондратская К. М*. Уровень притязаний у детей-истериков. — В кн: Психологические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей. Л., 1936.
133. *Мелехов Д. Е*. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963.
134. *Мелешко Т. К*. Особенности актуализации знаний больными шизофренией. — В кн.: Психологические исследования. М., 1971.
135. *Мясищев В. Н*. Работоспособность и болезнь личности. — Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1935, т. IV, № 9-10.
136. *Мясищев В. Н*. Личность и неврозы. Л., 1960.
137. Научное наследство, т. 3. Иван Михайлович Сеченов. Неопубликованные работы, переписка и документы. М., 1956.
138. *Николаева В. В*. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях. Автореф. канд. дис. М., 1970.
139. *Николаева В. В., Рыбина Г. Ф., Елецкий В. Ю*. Особенности внутренней картины болезни у больных с цериозом и нейродермитом. — Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1984, № 12.
140. *Осипов В. П*. Курс общего учения о душевных болезнях. Госиздат, 1923.
141. *Павлов И. П*. Полн. собр. соч., т. 3. М.-Л., 1951.
142. *Павловская Л. С*. Экспериментально-психологическое исследование по методу акад. В. М. Бехтерева и д-ра С. Д. Владычко над детьми, идиотами и больными с юношеским слабоумием. — Вестник психологии, 1911, вып. 5.
143. *Петренко В. Ф*. Психологические исследования мотивации. — Вопросы психологии, 1983, № 3.
144. *Петренко Л. В*. Нарушения высших форм памяти. М., 1976.
145. *Петровский А. В*. Личность в психологии с позиции системного подхода. — Вопросы психологии, 1981, № 1.
146. *Петровский А. В*. Личность. Деятельность. Коллектив. М., 1982.

147. *Платонов К. К*. Система психологии и теория отражения. М., 1982
148. *Поварин К. И*. Материалы к вопросу об экспериментально-психологическом исследовании душевнобольных. — Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1917-1918, № 1-12.
149. *Поляков Ю. Ф*. Исследование нарушений психических (познавательных) процессов. — В кн.: Шизофрения. М., 1969.
150. *Поляков Ю. Ф*. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
151. *Поперечная Л. Н*. О направленности личности подростков с резидуальной органической патологией. Автореф. канд. дис. М., 1973.
152. *Поперечная Л. Н., Рубинштейн С. Я*. О некоторых причинах неправильного развития подростков, перенесших органическое поражение ЦНС, и мерах профилактики. М., 1973.
153. *Портков А. А., Федотов Д. Д*. Психиатрия. М., 1965.
154. Психологическая диагностика, проблемы и исследования. Под ред. К. М. Гуревича. М., 1981.
155. *Реньге В. Э*. Роль личностного фактора в восстановлении трудовой деятельности больных шизофренией. Автореф. канд. дис. М., 1973.
156. *Рибо Р*. Болезни личности. СПб., 1886.
157. *Россолимо Г. И*. Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях. СПб., 1910.
158. *Рубинштейн С. Л*. Основы общей психологии. М., 1946.
159. *Рубинштейн С. Л*. О мышлении и путях его исследования. М., 1958.
160. *Рубинштейн С. Л*. Принципы и пути развития психологии. М., 1959.
161. *Рубинштейн С. Я*. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. — В кн.: Неврология военного времени. М., 1946.
162. *Рубинштейн С. Я*. Исследование распада навыков у психических больных позднего возраста. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
163. *Рубинштейн С. Я*. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970,
164. *Рубинштейн С. Я*. Патология слухового восприятия. М., 1976.
165. *Рубинштейн С. Я*. Понятие "характера" в психологии и психиатрии. — Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология, 1979, № 2.
166. *Рубинштейн С. Я*. Психология умственно отсталого ребенка. М., 1979.
167. *Рыбаков Ф. Г*. Атлас для экспериментальнопсихологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц. М., 1910.
168. *Савонько Е. И*. Возрастные особенности соотношения ориентации школьников на самооценку и на оценку другими людьми. Автореф. канд. дис. М., 1970.
169. *Самухин Н. В., Биренбаум Г. В., Выготский Л. С*. К вопросу о структуре деменции при болезни Пика. — Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, т. III, вып. 6.
170. *Серебрякова Е. А*. Уверенность в себе и условия ее формирования у школьников. Автореф. канд. дис. М., 1956.
171. *Сеченов И. М*. Избранные произведения, т. 1. М., 1952.
172. *Славина Л. С*. Ограничение объема работы как условие ее выполнения в состоянии "пресыщения". — Вопросы психологии, 1969, № 2.
173. *Снежневский А. В*. Общая психопатология. Валдай, 1970.
174. *Соколова Е. Т*. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., 1976.
175. *Соколова Е. Т*. Проективные методы исследования личности. М., 1980.
176. *Соловьев-Элпидинский И. М*. О так называемом психическом пресыщении и его особенностях у умственно отсталых детей. — В кн.: Умственно отсталый ребенок. М., 1935.
177. *Спиваковская А. С*. Нарушения игровой деятельности. М., 1980.
178. *Стехлик М*. Взаимоотношение перспективных целей и осуществляемой деятельности у психически больных. Автореф. канд. дис. М., 1984.
179. *Столин В.Л*. Самосознание личности. М., 1983.
180. *Субботинский Е. В*. Золотой век детства. М., 1981.
181. *Сухарева Г. Е*. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
182. *Тарабакина Л. В*. Выявление ведущих мотивов психически больных в патопсихологическом эксперименте. Автореф. канд. дис. М., 1979.
183. *Тепеницына Т. И*. Психологическая структура резонерства. — В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
184. *Теплов Б. М*. Психология. М., 1946.
185. *Тихомиров О. К*. Структура мыслительной деятельности человека. М., 1969.
186. *Тихомиров О. К*. Психология мышления. М., 1984.
187. *Токарский А. А*. О глупости. — Вопросы философии и психологии, кн. 35. М., 1896.
188. *Токарский А. А*. О методах психологического исследования. — Записки психологической лаборатории психиатрической клиники Московского университета, 1896, № 1.
189. *Халфина А. Б*. Влияние внутренней картины болезни на трудоспособность больных, перенесших органическое поражение мозга. Автореф. канд. дис. М., 1974.
190. *Холмогорова А. Б*. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией. Автореф. канд. дис. М., 1983.

191. *Хомская Е. Д*. Мозг и активация. М., 1972.
192. *Цветкова Л. С*. Восстановительное обучение больных с локальными поражениями мозга. М., 1972.
193. Хрестоматия по патопсихологии. Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, А. П. Корнилова. М., 1981.
194. *Шмелев А. Г*. Введение в экспериментальную психосемантику. М., 1983.
195. *Штёрринг Г*. Психопатология в применении к психологии. СПб., 1903.
196. *Шуберт А. М*. О некоторых нарушениях познавательной деятельности при травмирующей ситуации. — В кн.: Материалы совещания по психологии, М., 1957.
197. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. Под ред. Ю. Ф. Полякова. М., 1982.
198. *Эльконин Д. Б*. К проблеме периодизации психического развития детском возрасте. — Вопросы психологии, 1971, № 6.
199. *Эльконин Д. Б*. К проблеме контроля возрастной динамики психологического развития детей. — В кн.: О диагностике психического развития личности. Таллин, 1974.
200. *Ярошевский М. Г*. История психологии. М., 1966.
201. *Ярошевский М. Г*. Психология в XX столетии. М., 1974.
202. *Allport G*. Personality and social encounter. London, 1956.
203. *Berze J., Gruhle N*. Psychologie der Schizophrenie. Berlin, 1929.
204. *Barbezet J*. Pathologie de la memoire. Paris, 1970.
205. *Boehme M*. La ditirioration dans la demence senile. Neutxttel, 1973.
206. *Bruner J., Postman L*. Emotional selectivity in perception and reaction. — J. of Personality, 1947, vol. 16.
207. *Cameron N*. The psychology of behavior disorders. Boston, 1947.
208. *Cattell R. B., Eber H. W., Tatsuoka M. M*. Handbook for sixteen personality factors questionnaires. Illinois, 1970.
209. *Chapman D., Burstein A., Day D., Berdone P*. Regression and disorders of thought. — Abnorm. soc. Psychol., 1961, vol. 63.
210. *Delay J*. Studes de psychologie medicate. Paris, 1963.
211. *Gregor A*. Leitfaden der experimentellen Psychopathologie. Berlin, 1910.
212. *Grunthal E*. Ober die Erkennung der traumatischer Hirnverletzung. Berlin, 1936.
213. *Hanfmann E., Kasanin L.S*. Conceptual thinking of Schizophrenia. N.Y., 1942.
214. *Kiss P. G., Liberman L*. Persënnlichkeitsstërungen im Kidesalters. Budapest, 1969.
215. *Klein G. S*. Perception, motives and personality. N. Y., 1970.
216. *Janet P*. La medicine psychologie. Paris, 1923.
217. *Jaspers K*. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1929.
218. *Lewin K*. A dynamic theory of personality. N. Y., 1935.
219. *Lewin K*. Wille, Vorsatz in Bedurfniss. Berlin, 1926.
220. *Newell A., Chaw J., Simon H*. The processes of creative thinking. — In: Contemporary approaches in creative thinking. N. Y., 1963.
221. *Payne R., Mattusek P., George H*. An experimental study of schizophrenic thought. — J. Med. Sci., 1959, vol. 105.
222. *Postman L*. Motivational factors in perception. N. Y., 1953.
223. *Rodgers C. R*. Client-centered therapy. Boston, 1951.
224. *Stransky E*. Ober Sprachverwirrheit. Halle. 1905.
225. *Wechowiez T. E., Blewett D. S*. Size constancy and abstract thinking of schizophrenic patients. — J. ment. Sci., 1959, vol. 105.
226. *Witkin H*. Cognition: theory, research, promise by Constance. Scherer, 1964.
227. *Wechsler D*. Manuel for the Wechsler adult Intelligence Scale. N. Y., 1955.
228. *Zeigarnik B*. Ober das Behaltenerledigter und unerledigter Handlungen. — Psychologische Forsehung., Bd. 9. Berlin, 1927.